VIEILLIR ... EN TOUTE LIBERTÉ

RAPPORT DU COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES

BIBLIOTHÈQUE
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Québec

90-03643/

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
3e trimestre 1989
ISBN 2-550-20007-1

R · E · M · E · R · C · I · E · M · E · N · T · S

Les membres du Comité remercient toutes les personnes qui ont contribué à l'accomplissement de leur mandat, soit en acceptant de répondre à leurs questions, soit en participant aux consultations, ou encore, en prenant le temps de rédiger un mémoire à leur intention.

Les membres du Comité

Micheline Baril
Lise Bélanger
Marguerite Blais
Clémence Boucher
Roger Bussières, Président
Jean Leclerc
Françoise Marchand
Suzanne Moffet
Patrick A. Molinari
Daphné Nahmiash

Principaux collaborateurs

Patricia Caris, Secrétaire

Recherche
Marie-Josée Lévesque
Hélène Massé
Louise Thomassin

Secrétariat
Colombe Barbeau
Lise Lebel
Dolorès Gosselin

Le Comité remercie également:

May Clarkson, du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a rédigé le document *Problématique de l'abus exercé à l'endroit des personnes âgées* utilisé par le Comité pour ses consultations, ainsi que Marie Beaulieu, agente de recherche au Centre international de criminologie comparée.

T · A · B · L · E · D · E · S · M · A · T · I · È · R · E · S

LISTE DES TABLEAUX 7

LISTE DES DOCUMENTS DISPONIBLES PRODUITS POUR LE COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER : LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES 15

- LA DÉFINITION DE L'ABUS 18
- LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES 21

CHAPITRE DEUXIÈME : LES PERSONNES ÂGÉES DANS LA COMMUNAUTÉ 31

- LES ABUS EN MILIEU FAMILIAL 35
- LES RESSOURCES DITES CLANDESTINES 39

CHAPITRE TROISIÈME : LES PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT 49

- LE POINT DE VUE DES INTÉRESSÉS 52
- LES PROBLÈMES LIÉS À LA QUALITÉ DES SERVICES 63

CHAPITRE QUATRIÈME : UNE PERSPECTIVE POUR DES SERVICES DE QUALITÉ 69

- L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES 72
- LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES 75

CHAPITRE CINQUIÈME : LES MESURES VISANT À PRÉVENIR ET À CONTRER LES SITUATIONS D'ABUS 79

- L'UTILISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 82
  - Le dépistage 83
  - Le service de prévention et de correction des situations d'abus 84
  - Le plan de services individualisé 87
  - L'utilisation de la gamme de services pour prévenir et contrer les situations d'abus 88

La formation et le perfectionnement 92

La recherche 95

- L'EXERCICE DES DROITS ET LE RÈGLEMENT DES CONFLITS 96

- LE RÉSEAU CLANDESTIN D'HÉBERGEMENT: LES ACTIONS MULTISECTORIELLES 98

CHAPITRE SIXIÈME : LES MESURES VISANT UNE REVALORISATION DU 3e ÂGE 101

- UN PROGRAMME D'INFORMATION 102

- LA CRÉATION D'UN CONSEIL DES AÎNÉS 103

CONCLUSION 107

RÉFÉRENCES 109

ANNEXE I Quelques données démographiques et sanitaires concernant les personnes âgées 113

ANNEXE II Synthèse du rapport de l'enquête menée auprès des établissements sur les mécanismes existants qui peuvent servir à prévenir ou à contrer les abus envers les personnes âgées 117

LISTE DES ORGANISMES ET DES ÉTABLISSEMENTS AYANT PRÉSENTÉ UN MÉMOIRE AU COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES 125

BIBLIOGRAPHIE 129

L · I · S · T · E D · E · S T · A · B · L · E · A · U · X

1· Population du Québec, 1976-2011, en milliers 22

2· Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques selon l'âge et le sexe, Québec, 1987 23

3· Principaux types de médicaments utilisés par la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe, Québec, 1987 24

4· Niveau de détresse psychologique 25

5· Ressources d'hébergement par type d'établissement pour les personnes âgées en perte d'autonomie 51

6· Solutions proposées..... 81

LISTE DES DOCUMENTS DISPONIBLES PRODUITS POUR LE COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES

BARIL, Micheline; BEAULIEU, Marie	Vivre en résidence, les témoignages des personnes âgées. Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal Juin 1989
CLARKSON, May	Problématique de l'abus exercé à l'endroit des personnes âgées Janvier 1988
LÉVESQUE, Marie-Josée	Les personnes âgées maltraitées: Éléments de problématique et bibliographie sélective (1980-1987) Août 1987
LÉVESQUE, Marie-Josée	Prévention, détection et protection des personnes âgées abusées: Éléments pour une stratégie d'intervention Août 1987
LÉVESQUE, Marie-Josée	Document de travail – Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées Juillet 1987
MASSÉ, Hélène	Rapport de consultation Juin 1988
MASSÉ, Hélène	Rapport d'enquête sur les moyens de prévenir et contrer les abus dans le réseau de la santé et des services sociaux Novembre 1988

En mai 1987, madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux, confiait à un comité la tâche de faire le point sur la situation des abus exercés à l'endroit des personnes âgées. Le mandat invitait les membres du Comité à examiner plusieurs aspects: la situation des victimes et des agresseurs, les droits des personnes âgées et les divers mécanismes ou organismes de recours existants. Le mandat marquait une première étape en ce qui concerne cette problématique; il était donc essentiel d'offrir l'analyse la plus complète possible, de considérer l'ensemble des éléments en cause.

Bien que peu de données québécoises ou canadiennes aient été disponibles sur le sujet, il semblait plus approprié de mieux comprendre les causes et les manifestations des abus, ainsi que de définir certains concepts de base qui permettraient l'élaboration de moyens plutôt que de procéder à des enquêtes visant à quantifier le problème. D'ailleurs, de telles recherches, qui mesurent adéquatement l'ampleur du problème, donnent peu d'informations sur les moyens de le résoudre et pourront être menées de manière plus efficace une fois qu'un premier aperçu de l'ensemble de la situation aura été tracé. Le fait que des abus soient exercés à l'endroit de personnes âgées n'est malheureusement pas à démontrer et suffit, à lui seul, à justifier que l'on recherche dès maintenant les meilleurs moyens de les contrer et de les prévenir.

Dans cette perspective, les membres du Comité ont préféré utiliser une notion de l'abus suffisamment large pour permettre une première appréciation des multiples facettes de cette problématique. Le même souci d'obtenir un maximum d'information a entraîné le Comité à étudier les situations d'abus selon les différents modes de vie des personnes âgées.

Pour recueillir les informations qui lui permettraient de réaliser son mandat, le Comité a effectué une démarche qui comptait cinq étapes. Les premiers travaux exécutés pour le Comité, qui ont été une revue de la documentation disponible et la rédaction de documents ont permis la **formulation d'une problématique**. C'est ce dernier document qui a servi pour la **deuxième étape** de la démarche, soit une **consultation** auprès de nombreux groupes de personnes âgées, d'intervenants, des associations d'établissements et de plusieurs experts.

Cette consultation a permis de discuter de la perception du problème des abus exercés à l'endroit des personnes âgées et des principaux moyens de le résoudre. Elle a également fourni une bonne partie des données qui ont servi au Comité pour la suite de ses travaux.

Une autre source importante d'informations fut assurée par une **recherche menée par le Centre international de criminologie comparée**. Une trentaine de personnes, âgées de 63 à 92 ans, furent invitées à raconter leur vie quotidienne en milieu d'hébergement. Tout comme ce fut le cas pour les rencontres avec les groupes de personnes âgées, ces entrevues ont permis au Comité de mieux saisir la perception des personnes âgées sur un problème qui les concerne en tout premier lieu.

Une autre étape essentielle, **la quatrième**, a consisté à **répertorier les moyens disponibles** ou en voie d'élaboration dans les établissements qui offrent des services aux personnes âgées. Ces établissements furent invités à remplir un questionnaire, différent selon le type de service offert (maintien à domicile ou hébergement), visant à permettre une évaluation des moyens ou encore à identifier certains moyens qui n'auraient pas été connus par le Comité et qui auraient pu faire l'objet d'une recommandation de sa part. La qualité de la collaboration des établissements à cette enquête mérite d'être soulignée. Les résultats, présentés en annexe de manière exhaustive, ont été largement utilisés par le Comité pour la formulation de ses recommandations.

Finalement, **la cinquième et dernière étape** avait pour objet de répondre à une préoccupation complémentaire venue s'ajouter au mandat initial du Comité : **le réseau clandestin d'hébergement**. Diverses rencontres auprès de personnes liées à ce réseau, personnes âgées, intervenants, propriétaires de ressources, ont permis au Comité de mieux comprendre les raisons de son existence et ainsi, d'être en mesure de proposer des changements.

Le rapport utilise donc principalement les informations qui ont été fournies par les personnes âgées, les intervenants, les établissements et leur association, donc par un ensemble de personnes que les abus exercés à l'endroit des personnes âgées préoccupent et qui ont, sur la situation et sur les solutions possibles, des idées concrètes, basées sur leur expérience, à proposer. Cependant le Comité, tant dans la formulation du rapport que dans celle des recommandations a effectué différents choix et adopté une perspective qui est sienne et ne reflète pas nécessairement le point de vue intégral et exclusif des personnes et des groupes consultés.

Le premier chapitre du document rappelle les données démographiques qui permettent de tracer un portrait de la situation des personnes âgées et de comprendre en quoi l'âge et les conditions socio-

économiques peuvent être sources de vulnérabilité. Les deux chapitres qui suivent décrivent les situations vécues par les personnes âgées selon leur lieu de vie : la communauté ou les divers milieux d'hébergement. Les trois derniers chapitres présentent les conclusions et les recommandations.

Avant d'aborder la question des personnes âgées victimes d'abus, le Comité tient à souligner combien il est important de garder à l'esprit que, jeune ou âgée, chaque personne est une personne. Ce qui paraît être un truisme est l'expression d'un choix essentiel de société. S'agissant de la reconnaissance de libertés et de droits fondamentaux, s'agissant d'affirmer le respect qui est dû à chaque personne humaine, il n'y a pas lieu d'établir de distinction selon la capacité ou la compétence, selon l'âge ou selon quelque autre motif. Titulaires des grandes libertés de conscience, de religion et d'expression, protégées par la déclaration explicite des droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique, à l'autonomie et à la dignité, les personnes âgées sont des citoyens à part entière. Toute la démarche du Comité est marquée au coin de cette approche qui consiste à rechercher les avenues qui mènent au respect de ces droits et au plein exercice de ces libertés. Dans cette perspective, les mesures de promotion et de protection que le Comité pourrait souhaiter visent à assurer aux personnes âgées la place qu'elles doivent occuper dans la société québécoise.

C · H · A · P · I · T · R · E P · R · E · M · I · E · R

LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES

Pourquoi, depuis quelques années, est-il de plus en plus question d'abus exercés à l'endroit des personnes âgées? Les abus sont-ils plus nombreux, plus fréquents, plus graves? De quoi parle-t-on au juste, s'agit-il de violence, d'exploitation, de fraude...? Quelle est l'ampleur du problème?

Tant de questions surgissent lorsque, par le biais d'un article ou d'une nouvelle qui relate le vol et les coups dont a été victime une vieille dame, on prend conscience de ce problème. La situation nous touche beaucoup, la personne est âgée et sans défense, ce pourrait être notre mère ou nous-mêmes dans quelques années...

Pourtant, lorsque l'on discute avec les personnes âgées, elles ne semblent pas très enclines à considérer les abus exercés à leur endroit comme fréquents. En fait, elles paraissent plutôt croire qu'il s'agit là de cas d'exception, de situations dans lesquelles elles sont peu susceptibles de se trouver. Elles parlent bien de fraudes, de certains types d'abus matériel, d'un quelconque voisin qui a, paraît-il, des problèmes avec son fils. Les personnes âgées réagissent comme la plupart des gens lorsqu'on les confronte à la possibilité d'être victimes: cela n'arrive qu'aux autres.

Ont-elles tort de ne pas se sentir plus concernées? De ne pas imaginer que leur situation est différente de celle des autres groupes d'âge?

Certaines vulnérabilités sont inhérentes au vieillissement : l'état de santé, les conditions socio-économiques dans lesquelles sont placées les personnes âgées, et leur histoire de vie... Tout cela rend plusieurs d'entre elles plus susceptibles d'être victimes. Cependant, d'autres causes d'abus proviennent de facteurs sociaux dont, bien sûr, l'influence se fait sentir sur chaque individu, mais tisse également une toile de fond qui rend l'ensemble d'un groupe d'âge plus susceptible d'être victime d'abus.

Certains de ces facteurs prendront des formes diverses selon que la personne âgée vit à domicile ou en institution. Ils auront également plus ou moins d'impact selon l'état de santé de la personne ou encore selon son degré de vulnérabilité. Toutefois, la méconnaissance du vieillissement ainsi que la crainte et les rejets qu'il suscite se retrouvent parmi les causes fondamentales des situations génératrices d'abus.

Le contexte socio-économique dans lequel s'est trouvée une personne au cours de sa vie a certainement de grandes répercussions sur son état de santé tant physique que mental. On considère souvent les personnes de 65 ans et plus comme si elles appartenaient à un groupe homogène. De même, la compréhension des besoins des personnes âgées se fait souvent au détriment de certaines valeurs sociales, religieuses ou familiales qui sont pourtant, pour elles, fondamentales.

Ainsi, certains préjugés présents chez une bonne partie de la population, y compris parmi bien des 65 ans et plus, sont facilement substitués à un questionnement sur les réalités vécues par les personnes âgées ou sur leurs besoins réels.

■ L'âgisme

L'âgisme, la discrimination fondée sur l'âge, a des effets sur la manière dont est perçu le vieillissement mais surtout sur la façon dont il est vécu. En effet, les répercussions de ces préjugés sont souvent peu évidentes même si elles prennent des formes parfois très marquées. À cet effet, Solomon *(1983)* rappelle que de nombreuses études ont démontré l'ampleur et la ténacité des attitudes négatives et des croyances, aussi fausses que répandues, qui ouvrent la porte à la victimisation des personnes âgées. En outre, Lecours et Roy *(1982)* ont mis en évidence le phénomène de la marginalisation des personnes âgées, phénomène en relation directe avec les préjugés, les mythes et les stéréotypes négatifs véhiculés. Les répercussions de cette discrimination peuvent influencer l'évaluation que l'on fera de l'état de santé d'une personne : on établira un diagnostic en fonction de l'âge plutôt qu'en considérant les symptômes et on omettra ainsi de traiter certains problèmes. L'âgisme rejoint même l'élaboration et l'application de politiques sociales qui, bien que bienveillantes, laisseront aux personnes âgées peu de possibilités d'exercer des choix.

L'âgisme aura donc des conséquences à la fois sur le bien-être psychologique et social; c'est en quelque sorte un des facteurs qui se trouvent en toile de fond de bien des abus de société. Il faut aussi rappeler l'importance du sexisme, car la discrimination et la violence faites aux femmes ne touchent pas seulement les jeunes femmes. D'après plusieurs études américaines, la majorité des personnes âgées victimes d'abus et de négligence de toutes sortes sont, en fait, des femmes *(Block 1983)*.

LA DÉFINITION DE L'ABUS

Tout au long de son mandat, le Comité a été confronté aux problèmes qui se posent lorsque l'on tente de cerner des concepts qui doivent laisser place à une part de subjectivité. En effet, il paraissait important de ne pas restreindre la notion d'abus au système de valeurs des personnes appelées à cerner le problème, mais également de tenir compte de la subjectivité des victimes d'abus. La perception qu'a une personne d'un acte posé à son endroit doit pouvoir être prise en compte par une telle notion. Par exemple, il faut être en mesure de s'interroger sur l'importance qu'une personne âgée accordera au fait de vivre isolée, coupée de tous liens familiaux, en la comparant au fait que sa famille s'accapare ses ressources financières. Si pour certains d'entre nous la perte de ressources financières peut sembler plus dommageable, il n'est pas dit que toutes les personnes âgées penseront de même.

Il ne paraissait pas pertinent d'établir un lexique des abus, ni d'en comptabiliser le nombre exact. En effet, en ce qui concerne les abus exercés à l'endroit de personnes âgées, l'intervention n'est pas justifiée par un taux de prévalence mais bien par la nature même du problème. De plus, faudrait-il fixer un seuil de prévalence à partir duquel se justifierait l'intervention : un cas seul est-il déjà trop, ou jusqu'à quel point tolérerons-nous les situations d'abus? Il semblait par contre plus approprié d'identifier les causes pour faire en sorte de proposer et d'élaborer des moyens qui soient à même de contrer ou de prévenir les situations d'abus.

Le Comité n'a donc pas cherché à trop restreindre la définition de l'abus ou encore à en établir les degrés de gravité, il a plutôt tenté de proposer des moyens adéquats pour contrer et prévenir les situations qui, au cours de son mandat, lui ont été rapportées comme inacceptables pour les personnes âgées.

Après avoir examiné plusieurs définitions, le Comité a adopté la définition de violence de Michot *(1973)* :

> «une action directe ou indirecte destinée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique ou psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques.»*(1)*

Il y a ajouté la notion de négligence, c'est-à-dire l'omission d'un acte essentiel au bien-être ou à la sécurité de la personne âgée.

Une fois cette définition et ses distinctions établies, le texte de problématique *(Clarkson 1988)* présentait les divers comportements auxquels référaient la négligence et les abus. L'essentiel des prochains paragraphes a été emprunté à ce texte.

■ La négligence

On peut parler de négligence **passive** «lorsque la personne soignante, souvent en raison d'un manque de connaissances, de temps ou de ressources financières, ne répond pas adéquatement aux besoins de la personne âgée : dans de tels cas, l'aîné sera par exemple laissé seul pendant de longues périodes, isolé physiquement, même oublié *(Hickey et Douglass 1981; Chen et al. 1981; Valentine et Cash 1986)*. Par contre, dans les cas où la personne soignante prive délibérément la personne âgée de nourriture, d'eau, de vêtements, de médicaments, d'aide, de contacts sociaux ou de tout autre élément essentiel à son bien-être ou à sa sécurité, on parle plutôt de négligence **active** *(Hickey et Douglass 1981)* ou de négligence **physique** *(Sengstock et Barrett 1986)*.

■ Les abus

Quant à l'abus proprement dit, il peut prendre les formes suivantes:

L'abus **physique** : il s'agit d'une douleur physique ou de blessures infligées délibérément. Ce terme inclut l'abus **sexuel** et la négligence **active** ou **physique**.

L'abus **psychologique** ou **émotif** : cette catégorie inclut l'assaut verbal, les menaces, l'infantilisation et l'humiliation, l'isolement et la privation de chaleur humaine et de relations sociales; certains auteurs *(Sengstock et Barrett 1986)* vont également mettre dans cette catégorie la négligence **passive** telle qu'elle est définie plus haut.

L'abus **matériel** ou **financier** : on inclut dans cette catégorie le vol, le détournement de fonds ou de tout autre type de propriété et divers types d'abus de confiance, d'exploitation et de fraude.

La **violation du droit à la liberté** : on se réfère ici de façon spécifique à toute tentative d'empêcher une personne âgée d'exercer un contrôle normal sur sa vie: par exemple, en l'obligeant à quitter son propre domicile, à entrer dans une institution, en lui interdisant de se

marier, en l'isolant dans certaines pièces du domicile, etc. *(Block et Sinnott 1979; Lau et Kosberg 1979).* Le Comité ajoute à cette catégorie l'imposition d'un traitement médical et de contentions physiques ou chimiques.

L'abus **social** ou **collectif** : cette catégorie inclut l'âgisme, l'indifférence sociale et en général tous les stéréotypes et comportements sociaux qui tendent à diminuer l'estime de soi chez les personnes âgées et à leur dénier leur identité et leur dignité *(Pierce et Trotta 1986).»(2)*

Lors des consultations menées par le Comité, cette définition fut discutée et jugée adéquate. Cependant plusieurs groupes ont exprimé des hésitations devant le raffinement des notions, particulièrement en ce qui concerne l'abus psychologique ou émotif. On craignait, par exemple, «que le souci d'aller trop loin dans le détail ne conduise à inclure un trop grand nombre d'éléments et disperser la nature de l'abus sur une trop grande diversité de facettes en englobant des aspects qui, autrement, n'auraient eu aucun lien avec cette définition élargie.»*(3)*

Certains types d'abus semblaient moins graves que d'autres et, surtout, plusieurs étaient moins mesurables. Ainsi, manger sa soupe froide peut sembler bien moins grave que de se voir privé de son chèque de pension. Cependant, manger de la soupe froide tous les jours, jusqu'à la fin de sa vie...

Les intervenants recherchaient une définition opérationnelle pouvant en quelque sorte répondre à l'épineuse question : à partir de quel moment et dans quelles circonstances sommes-nous justifiés d'intervenir? Pour le Comité, la question semble devoir se poser non à partir d'une situation d'abus, ou d'une définition, mais plutôt à partir de l'ensemble de la situation vécue par la personne âgée elle-même. En effet, plus les travaux avançaient et plus il devenait évident que la nature des comportements de violence ne pouvait pas être considérée isolément, les caractéristiques de la victime et de l'agresseur et les causes de violence étant directement influencées par le degré de vulnérabilité et les conditions socio-économiques de la personne âgée.

C'est la raison pour laquelle, à la définition d'abus suggérée, il faut ajouter des considérations relatives au degré de vulnérabilité de la personne elle-même et à sa capacité de faire respecter ses droits. Même si l'âge d'une personne ne doit pas être le critère d'intervention, la

vulnérabilité due aux pertes de capacités psychiques et physiques liées au vieillissement et la vulnérabilité sociale constituent cependant autant de raisons d'intervenir.

Lorsque l'on considère la situation des personnes âgées, dans la perspective de la problématique des abus, ce n'est donc pas tant l'accroissement de la proportion de personnes âgées parmi la population qui est significative mais bien l'état de santé de ces personnes et ses répercussions sur leur qualité de vie, leurs capacités d'habiter seules, leur degré d'institutionnalisation ou d'isolement, etc. Voilà autant de conditions associées à l'apparition de situations d'abus.

■ LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES

La situation des personnes âgées fait depuis quelques années l'objet de nombreuses études démographiques et socio-économiques. Plusieurs facteurs y concourent : l'accroissement de la proportion de la population âgée, le besoin d'anticiper les conséquences, à tous points de vue, des changements produits par la chute du taux de natalité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. À tout cela s'ajoutent des considérations sur l'état de santé et ses conséquences sur la qualité de vie.

Cependant, même si les données démographiques (plusieurs tableaux sont présentés en annexe I) permettent de situer les personnes concernées parmi l'ensemble de la population, elles donnent des indications sur l'ampleur du problème, non sur sa nature. Par contre, les données statistiques sur l'état de santé, le contexte socio-culturel, la pauvreté et l'isolement des personnes âgées fournissent les principaux éléments explicatifs de leur vulnérabilité.

Il faut rappeler que les données statistiques tout comme la plupart des recherches considèrent comme «personnes âgées» les 65 ans et plus, âge auquel on devient généralement admissible à la retraite et à des programmes spécifiques de sécurité de la vieillesse. Pour des raisons d'ordre pratique, le Comité a également retenu ce critère.

■ L'état de santé et les vulnérabilités

Le pourcentage de personnes âgées est passé d'environ 5% de la population totale au début du siècle à 10% actuellement. Lors du recensement de 1986, le Québec comptait 650 670 personnes âgées de

65 ans et plus. Cette proportion pourrait atteindre 27% en 2031. Par ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie se traduirait selon Mathews *(1988)* par un «vieillissement à l'intérieur du groupe des personnes âgées, c'est-à-dire un gonflement des rangs du quatrième âge, les 75 ans et plus.»*(4)*

TABLEAU 1

Population du Québec, 1976-2011, en milliers

	1976	1986	1996	2006	2011
0-19 ans	2216,7	1831,6	1737,0	1492,8	1394,4
20-24	598,4	610,9	437,5	452,3	430,5
25-39	1404,7	1766,9	1755,8	1427,8	1406,3
40-59	1299,5	1467,5	1886,8	2330,3	2284,8
60-64	233,9	292,3	304,4	405,2	482,7
65-74	319,1	408,6	516,7	550,7	646,8
75 +	162,2	248,6	362,4	505,1	552,3
Total	6234,5	6626,4	7000,6	7164,2	7197,8
% des 65 +	7,7	9,9	12,6	14,7	16,7
% des 75 +	2,6	3,8	5,2	7,1	7,7
20-59/65 +	6,9	5,9	4,6	4,0	3,4

Source : 1976 et 1986 : Statistique Canada
1996 + : Projections faites par Statistique Canada pour G. Mathews.

Malgré le gain de longévité, une femme de 65 ans, qui a une espérance de vie totale de 18,5 ans, pourrait ne passer que 8,5 de ces années en bonne santé. De même, un homme de 65 ans, qui peut espérer vivre encore environ 13,9 années, peut voir ses activités restreintes à cause de son état de santé pendant 6 de ces années.

Cependant ce n'est qu'une fois passé le cap des 75 ans que les conséquences du vieillissement se font sentir de façon plus importante. Le tableau suivant illustre la prévalence des principaux problèmes de santé chroniques qui affectent les personnes âgées vivant dans un ménage privé *(5)* (ces données ne tiennent pas compte de l'état de santé des personnes hébergées en institution).

TABLEAU 2

Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques selon l'âge et le sexe, Québec, 1987

ÂGE ET PROBLÈMES	SEXES RÉUNIS		SEXE			
			HOMMES		FEMMES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
65-74 ans						
Arthrite et rhumatisme	142696	35,1	48976	28,1	93720	40,5
Hypertension	105848	26,1	33742	19,4	72106	31,1
Troubles mentaux	86167	21,2	31724	18,2	54443	23,5
Maladies cardiaques	81746	20,1	39433	22,6	42313	18,3
75 ans et plus						
Arthrite et rhumatisme	81932	41,3	24361	30,8	57571	48,2
Hypertension	61893	31,2	14559	18,4	47334	39,6
Troubles mentaux	54898	27,7	13932	17,6	40966	34,3
Maladies cardiaques	50610	25,5	20009	25,3	30601	25,6
Troubles digestifs	30371	15,3	8781	11,1	21590	18,1
Total 65 ans et plus						
Arthrite et rhumatisme	224628	37,2	73337	29,0	151291	43,1
Hypertension	167741	27,7	48301	19,1	119440	34,0
Troubles mentaux	141065	23,3	45657	18,0	95408	27,2
Maladies cardiaques	132356	21,9	59442	23,5	72914	20,8
Troubles digestifs	69443	11,5	21866	8,6	47577	13,5

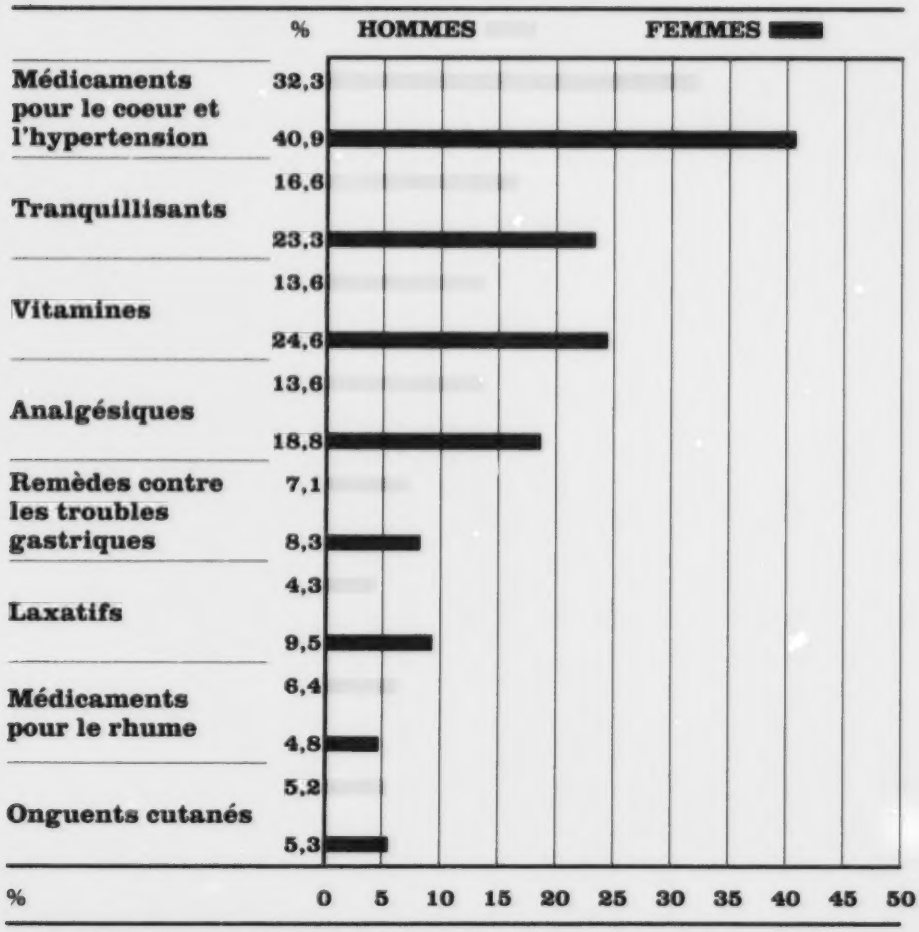
Source: Lapierre, L., Owen, B.A., «*Les personnes âgées et la santé, ça va?*» Québec, Québec: Les Publications du Québec, 1989.

Les données recueillies lors de l'enquête Santé Québec montrent que les personnes âgées de 75 ans et plus consultent leur médecin plus souvent. De plus, ces données révèlent que : «4,6% des hommes âgés de 65 à 74 ans, 6,2% de ceux âgés de 75 ans et plus, 10,8%

des femmes dont l'âge varie entre 65 et 74 ans et 12,9% de leurs aînées consomment au moins quatre types de médicaments.»*(6)*

TABLEAU 3

Principaux types de médicaments utilisés par la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe*, Québec, 1987



Source: Lapierre, L., Owen, B.A., «*Les personnes âgées et la santé,*ça va?» Québec, Québec: Les Publications du Québec, 1989.

* Ces données ne concernent pas les personnes qui vivent en milieu institutionnel d'hébergement.

La vulnérabilité physique

Les diverses enquêtes ne donnent pas des résultats concordants en ce qui concerne la perception qu'ont les personnes âgées elles-mêmes de leur état de santé. Cependant, pendant que près de trois personnes âgées sur quatre souffrent de problèmes de santé chroniques, seulement une sur quatre se dit limitée dans ses activités.

Quelle que soit l'évaluation que font les personnes âgées de leur santé, il reste qu'elles s'en préoccupent plus que la moyenne. Ainsi, 44% des personnes questionnées lors d'une enquête criminologique placent en tête de leurs préoccupations quotidiennes la possibilité d'être victimes de problèmes d'ordre physique. *(7)*

L'état de santé des personnes âgées fait en sorte qu'elles sont plus vulnérables, les capacités physiques diminuant progressivement avec l'âge. Cependant, à cette vulnérabilité physique s'ajoute la perception qu'ont les personnes de leur fragilité accrue à mesure que baissent leurs capacités de résistance et de récupération. Cette perception les rend plus craintives devant l'éventualité d'un problème physique. Il n'en demeure pas moins que la diminution de l'autonomie physique crée une dépendance de la personne envers son entourage. Celui-ci peut être alors plus ou moins en mesure de répondre adéquatement aux besoins et aux exigences, parfois difficiles, d'une personne qui refuse, bien souvent, d'accepter son état.

La vulnérabilité psychique

La vulnérabilité psychique englobe plusieurs variables qui doivent être considérées lorsque l'on veut tracer le portrait de certains des facteurs de risques d'abus : la satisfaction face à la vie, les tendances dépressives et la détresse psychologique. Cependant, ce type de vulnérabilité ne peut être dissocié de l'état de santé global.

L'enquête Santé Québec s'est intéressée à l'indice de détresse psychologique des personnes âgées et les données permettent de tracer le tableau suivant :

TABLEAU 4

Niveau de détresse psychologique

Niveau de détresse psychologique	65-74 ans	75 ans et plus
faible	60,3%	54,2%
modéré	18,1%	17,9%
élevé	21,1%	28,0%

Ces mêmes données révèlent que les femmes plus que les hommes sont aux prises avec la détresse psychologique : 25,9% des femmes de 65 ans et plus en comparaison de 14,9% des hommes du

même âge vivent un niveau de détresse élevé. Les 75 ans et plus voient ce niveau s'élever à 20,5% pour les hommes et à 33,5% dans le cas des femmes. *(8)*

Toutefois, c'est lorsqu'une personne manifeste des troubles cognitifs ou des épisodes confusionnels, que ce soit à la suite d'ennuis organiques (maladie d'Alzheimer, démence d'origine vasculaire, séquelles d'accidents cérébro-vasculaires) ou fonctionnels (dépression) ou d'intoxication médicamenteuse, qu'elle se trouve dans la situation la plus susceptible de générer des abus.

En effet, ce sont les pertes cognitives qui semblent provoquer le plus d'abus tant dans la communauté que dans les familles ou les institutions. La personne dans cet état de vulnérabilité est, de l'avis de tous les intervenants, celle qui exige le plus du soignant mais également celle qui est la moins en mesure de revendiquer et de faire respecter ses droits.

> «Il faut également rappeler la fréquence ascendante des désordres cognitifs, tels la maladie d'Alzheimer; on estime qu'entre 5% et 7% des personnes âgées souffrent d'une démence modérée à sérieuse qui les empêche d'être autonomes (ce pourcentage se rapprocherait de 20% chez les plus de 80 ans).» *(9)*

La vulnérabilité sociale

L'isolement, et la vulnérabilité sociale qui lui est généralement associée, est peut-être la situation qui est l'objet du moins d'attention de la part des intervenants. Cependant, pour beaucoup de personnes âgées, c'est la forme de vulnérabilité la plus fréquente et la plus insidieuse. Elle n'a pas pour cause l'état de la personne elle-même, mais plutôt le fait qu'au vieillissement sont associées les pertes d'éléments significatifs d'une vie sociale : décès du conjoint et d'amis, fin d'une période très active de la vie et effritement du réseau social qui lui était associé, diminution du revenu, désintéressement de la part des enfants, eux-mêmes pris par les exigences quotidiennes.

La transformation des liens familiaux accroît également l'impression de solitude. Bien des personnes âgées sont réticentes à faire appel à leurs enfants trop souvent, par peur de les embarrasser, mais aussi par fierté. Cependant, les personnes âgées qui ont peu de famille ou qui n'ont plus que quelques personnes sur lesquelles compter, sont beaucoup plus démunies devant les exigences de

la vie quotidienne. Elles en viennent parfois à trop demander d'un ou deux membres de leur famille, ce qui est moins fréquent lorsque les réseaux familial et social sont restés importants.

Le processus de désintégration démographique de certaines communautés contribue également à l'isolement des personnes âgées et à l'effritement du réseau social naturel. Plusieurs communautés qui ont à subir des fermetures d'usine ou la perte de gros employeurs locaux se trouvent confrontées à l'exode des générations de travailleurs. Pour les personnes âgées, cet exode se traduit par une diminution de leur réseau naturel de soutien et, particulièrement, de leur réseau familial. Elles se retrouvent donc isolées dans des milieux appauvris tant sur le plan social qu'économique. *(10)*

Les personnes immigrantes, particulièrement alors qu'elles sont déjà relativement âgées et viennent rejoindre des membres de leur famille, se trouvent dans une situation difficile. Coupées de leurs racines et de leur milieu habituel, elles sont souvent privées aussi de moyens financiers : tant que leur famille est considérée comme ayant les moyens financiers suffisants pour les prendre en charge, elles n'ont pas droit à l'aide sociale. Par ailleurs, il leur faut avoir passé au moins dix ans au pays avant de recevoir une pension de sécurité de vieillesse qui, cependant, reste partielle. Les parents, parrainés par leurs enfants pour une période de dix ans, se trouvent dévalorisés, dépendants et même parfois traités en domestiques. *(11)* De plus, ces personnes connaissent mal les ressources des services de santé et des services sociaux, ne savent pas comment y avoir accès et lorsqu'elles y parviennent, ont souvent de la difficulté à faire connaître leurs besoins et à obtenir des services adéquats.

Parmi les facteurs contribuant à accroître la vulnérabilité sociale des personnes âgées, la pauvreté affecte les conditions matérielles d'existence. Même si la situation financière des personnes âgées tend à s'améliorer depuis quelques années, les femmes restent particulièrement défavorisées, surtout lorsqu'elles vivent seules. Les personnes âgées ont en majorité un revenu qui dépend entièrement des programmes publics de sécurité de vieillesse, ce qui ne suffit pas pour vivre au-dessus du seuil de la pauvreté. *(12)* La satisfaction de besoins élémentaires tels que la nourriture et le logement est parfois compromise. Cette situation doit être prise en considération dans la compréhension de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité physique, psychique ou sociale.

■ Les personnes âgées : groupe ou population à risque?

Bien que certaines personnes âgées soient plus à risque en raison d'une vulnérabilité accrue par l'âge, il paraît inacceptable de considérer l'ensemble d'un groupe d'âge comme devant être l'objet de mesures correctives tels une loi destinée à la protection des personnes âgées ou encore le signalement obligatoire. Une personne âgée n'est pas membre d'un groupe d'âge homogène et, comme toute personne, ses besoins varient en fonction de son âge, son sexe, son état de santé, sa situation familiale et son statut socio-économique. Le Comité est parvenu à la conclusion qu'il faut établir deux distinctions majeures.

Tout d'abord, la plupart des personnes âgées étant parfaitement en mesure de faire valoir leurs droits, **il faut éviter de considérer toutes les personnes âgées comme également vulnérables.** Cependant, et c'est ce que les diverses informations sur les formes de vulnérabilité illustrent, certaines personnes âgées sont plus à risque soit parce que leur état de santé s'est détérioré, soit parce que leur degré d'isolement ou de dépendance s'est accru..

Parmi les personnes âgées vulnérables, il faut ensuite distinguer celles qui continuent à vivre dans la communauté et celles qui sont hébergées dans divers types de résidences. Le degré de vulnérabilité des personnes hébergées est généralement plus élevé compte tenu de leur état de santé précaire. Leur vie se déroule dans l'univers relativement clos de la résidence, les abus possibles sont donc plutôt circonscrits à l'intérieur de cet univers et autour des paramètres qui le définissent tels que les services offerts aux personnes et leur qualité, les conditions de vie dans la résidence, les rapports avec le personnel, la continuité des relations avec les proches et la famille, etc.

Dans tous les cas, les situations vécues par ces personnes, leur milieu de vie, leur degré de vulnérabilité et leur condition socio-économique... tous ces facteurs varient considérablement. Il faut se garder d'aborder une problématique concernant tout un groupe d'âge à partir des problèmes éventuels d'une fraction de cette population.

Le Comité a donc considéré tour à tour la situation des personnes âgées qui vivent dans la communauté et celle des personnes qui vivent en milieux substituts de services, ou en hébergement, que ce soit dans le secteur public ou privé.

La vaste majorité des personnes âgées du Québec habitent des domiciles privés. De 7% à 8% d'entre elles, selon les estimations, vivent en milieu institutionnel. *(13)*

C · H · A · P · I · T · R · E D · E · U · X · I · È · M · E

LES PERSONNES ÂGÉES DANS LA COMMUNAUTÉ

Les abus exercés à l'endroit des personnes âgées commencent tout juste à préoccuper l'ensemble de la population. Un sondage Gallup, réalisé en décembre 1988, indiquait que seulement 7% des Canadiens avaient eu connaissance de cas d'abus envers des personnes âgées alors que 91% des gens affirmaient n'avoir jamais été mis au courant de telles situations. Au Québec, toujours selon ce sondage, 11% des personnes interrogées avaient eu personnellement connaissance de cas qui se seraient produits dans leur voisinage et qui pourraient être qualifiés d'abus exercés envers une personne âgée, c'est-à-dire «négligence délibérée ou abus physique de personnes âgées par leurs enfants ou par les personnes qui s'en occupent.» *(14)*

Comme dans le cas de toutes les situations de violence exercée en milieu naturel, il est très difficile d'obtenir des informations et de quantifier le problème. Les moyens d'arriver à de tels résultats ne sont généralement disponibles que lorsque la sensibilisation au problème a été suffisante pour que la mise en place de mécanismes de recours et leur utilisation subséquente aient permis le dépistage et l'évaluation du phénomène.

Ainsi, des problèmes tels que la violence conjugale et les mauvais traitements infligés aux enfants sont aujourd'hui beaucoup mieux connus, la sensibilisation sur ces sujets ayant été l'objet d'actions majeures au cours des dernières années. C'est pourquoi, sans doute, 14% des Canadiens ont eu connaissance de cas de mauvais traitements infligés à des enfants et 23%, de cas de violence conjugale.*(15)* Bien que répandu dans toutes les couches de la société, le problème vécu par les personnes âgées est encore aujourd'hui très méconnu, même nié *(Schell 1986; Tomita et Quinn 1986)* et ceci malgré une préoccupation croissante pour le sujet.

Les données qui ont servi au Comité à tracer le portrait et à comprendre les causes d'abus dans la communauté proviennent de sources nombreuses : regroupement de personnes âgées, ressources communautaires, services de maintien à domicile de plusieurs centres locaux de services communautaires, centres de services sociaux, etc. Les informations recueillies par les organismes auprès de leur clientèle composent un matériel qualitatif que peu d'études auraient pu rendre accessible. Par ailleurs, les quelques informations quantitatives fournies ne peuvent permettre de généralisation, l'échantillonnage étant chaque fois trop limité, les variables et les méthodes d'enquête trop différentes.

Jusqu'à présent, faute de recherches, on connaît peu et mal l'ampleur du problème, ses causes et les façons d'y remédier. C'est dans la communauté, en milieu familial et dans les milieux résidentiels sans permis que les abus sont les plus difficiles à documenter. Cependant, certains problèmes qui sont pourtant le lot de tous les groupes d'âge, se vivent différemment ou ont des répercussions plus graves chez les personnes âgées, alors que d'autres problèmes semblent affecter plus particulièrement certaines personnes plus vulnérables.

Les informations fournies concernent ces deux problématiques principales : d'abord, les abus qui, bien qu'exercés à l'endroit de personnes âgées, n'en sont pas moins du même ordre que ceux infligés à des personnes d'autres groupes d'âge. La violence conjugale, par exemple, débute rarement dans un couple du seul fait que les conjoints sont âgés. Viennent ensuite les abus exercés à l'endroit des personnes âgées vulnérables, souvent en milieu familial, à domicile ou encore dans les milieux d'hébergement dits «clandestins». Ces dernières situations rejoignent donc des personnes plus à risque soit parce que leur état de santé s'est détérioré ou que leur degré d'isolement ou de dépendance s'est accru.

■ Les personnes âgées et le crime

Les personnes âgées en général seraient moins victimes d'actes criminels que l'ensemble de la population. C'est du moins ce que tendent à démontrer les différentes données statistiques disponibles. En effet, même si la proportion d'actes criminels exercés contre des personnes âgées a quelque peu augmenté au cours de la dernière année, les personnes âgées représenteraient actuellement environ 5% du nombre total des victimes en milieu urbain.

Ces données, fournies par différents corps policiers de la province, viennent appuyer les résultats d'un sondage effectué en 1982 par le Solliciteur général du Canada. Ce sondage sur la victimisation indiquait que les personnes âgées comptaient pour moins de 2% des victimes de crimes contre la personne et pour 10% des victimes de crimes contre la propriété.

Cependant, plusieurs chercheurs *(Brillon 1986; Lamarche et Brillon 1983; Cousineau 1988)*, tout comme la Sûreté du Québec, s'accordent sur l'importance de la victimisation à la fois comme problème important vécu par les personnes âgées et comme facteur pouvant diminuer la fréquence d'actes criminels.

La victimisation et la peur du crime seraient en partie provoquées par les médias, les journaux plus particulièrement qui, en rapportant de façon spectaculaire diverses agressions, contribueraient à créer un sentiment de panique chez les personnes âgées. En effet, Lamarche et Brillon *(1983)* expliquent que les personnes âgées sont souvent plus dépendantes des médias, qui occupent une partie importante de leurs loisirs. La nouvelle transmise par la radio ou les journaux est souvent leur seul point de référence. La peur du crime ferait donc que les personnes âgées auraient moins tendance à sortir, ce qui fait qu'elles seraient plus rarement victimes à l'extérieur et que leur domicile serait, en conséquence, moins fréquemment l'objet de vols.

Les abus et leurs causes

La **fraude** commise par des tiers mais aussi par des proches serait fréquente; cependant les personnes âgées, dans ce cas, auraient moins tendance à porter plainte soit parce que des proches sont en cause ou encore parce qu'elles ignorent l'existence ou la manière d'accéder à des mécanismes de recours qui leur permettraient de faire valoir leurs droits.

Les fraudes, qui sont la forme la plus courante de **l'abus matériel ou financier**, sont souvent associées à d'autres formes d'abus. Les menaces, les intimidations et parfois la violence physique sont les moyens utilisés pour convaincre les personnes âgées devenues vulnérables de céder leurs biens.

Cette exploitation est parfois le fait d'étrangers (ou de tiers) qui, profitant d'un contact régulier avec la personne et de sa vulnérabilité – dans ce cas il s'agit souvent de vulnérabilité sociale, d'isolement – en viennent à la convaincre de payer certains de leurs comptes, de les héberger... La simple perspective de se retrouver seule suffit souvent à amener la personne à céder à plusieurs demandes inconsidérées ou encore à tolérer que des membres de la famille ou des jeunes amis de passage s'installent chez elle et en viennent à la traiter comme une intruse dans sa propre maison. *(16)*

De telles situations peuvent persister, dans certains cas, jusqu'à ce que la personne accepte de léguer ses biens ou de remettre la totalité de ses économies, parfois les deux, à un membre de son entourage qui aura su gagner sa confiance ou qui aura exercé suffisamment de pression. Même si les personnes âgées ne sont pas seules à pouvoir être victimes de fraude, elles manquent souvent d'information sur les précautions à prendre.

Certaines habitudes rendent les personnes âgées plus susceptibles d'être victimes d'abus matériels ou économiques. Les services de maintien à domicile de plusieurs CLSC en ont relevé quelques-unes. Ainsi, leur peu de confiance envers les banques porte les personnes âgées à conserver chez elles, dans certains cas sur elles-mêmes, leurs économies. La perspective d'un butin facilement accessible ne peut manquer d'en intéresser quelques-uns.

De plus, le fait de régler la plupart des factures en argent comptant, y compris le loyer, prive les personnes de preuve de paiement alors qu'elles ne pensent pas toujours à exiger un reçu. Ce travers a parfois pour conséquences de les amener à payer deux fois pour un même service, de ne pas être à même d'exiger qu'une garantie soit honorée mais, surtout, les pousse à avoir sur elles des sommes parfois importantes.

Par ailleurs, les complications que présente un déménagement font des personnes âgées des locataires dociles, qui se plient facilement aux revendications des propriétaires. Et si les menaces d'éviction sont fréquentes, les évictions qui sont effectuées sous de faux prétextes le sont aussi.

Les personnes âgées n'ont pas toutes une idée de la valeur actuelle de leurs biens. Ainsi, certaines compareront le prix qu'on leur offrira pour leur maison à la somme déboursée lorsqu'elles l'ont achetée. Une intervenante des services de maintien à domicile relate le fait suivant :

> «... profitant du désarroi causé par la perte du conjoint, l'acheteur pour un duplex d'une valeur actuelle d'environ 80 000 $, propose, bonnement, 25 000 $ à la vieille dame pour qui cette somme équivaut à une fortune, d'autant plus qu'à l'époque, cette même maison n'avait coûté que 10 000 $. En y mettant toute la pression qu'il faut, la vente s'est conclue en quelques jours seulement.» *(17)*

LES ABUS EN MILIEU FAMILIAL

Malheureusement, de telles situations ne sont pas que le fait d'étrangers, les membres de la famille étant également souvent

en cause. Les abus exercés dans la communauté ont fréquemment pour cadre le milieu familial, soit parce que les personnes âgées y vivent ou tout simplement parce que c'est avec les membres de leur famille qu'elles sont en relation.

Lorsque la personne réside avec ses enfants, son conjoint ou d'autres parents, les abus sont difficiles à dépister et prennent racine dans une dynamique parfois depuis longtemps génératrice d'abus.

Parmi les situations d'abus qui ont été rapportées, les cas de violence conjugale impliquaient des personnes qui, règle générale, étaient aux prises avec ce problème depuis de nombreuses années. Tout comme pour les autres groupes d'âge, la victime est habituellement de sexe féminin et le problème est souvent associé à des abus sexuels.

En somme, comme le signalait l'intervenante d'une ressource communautaire qui travaille auprès de victimes de violence conjugale, l'histoire de ces femmes est caractérisée par le fait que la durée de vie commune ayant été plus longue, les difficultés rencontrées pour modifier la situation sont plus grandes: créer de nouvelles habitudes, quitter son conjoint et ses enfants, peu ou pas de possibilités d'accès au marché du travail, ce qui laisse la personne souvent très démunie. Voilà autant de facteurs qui, ajoutés aux sentiments d'échec et de culpabilité, amplifient le problème pour les femmes plus âgées. Cependant, parmi les femmes âgées qui avaient reçu les services de cette ressource, les plus âgées (70 ans et plus) n'avaient pas été ou n'étaient plus confrontées à des problèmes de violence conjugale. Ces femmes, référées par des travailleurs sociaux, étaient victimes d'abus exercés non par leur conjoint, mais par leurs proches (abus psychologiques et physiques) qui voulaient s'accaparer leurs biens. *(18)*

Cette forme d'abus matériel ou financier semble très fréquente dans la communauté et même lorsque la personne se trouve en milieu d'hébergement, plusieurs intervenants notent une recrudescence soudaine de l'attention des familles les jours d'arrivée des chèques de pension. Il arrive aussi que sans vouloir utiliser les ressources financières d'une personne, sa famille considère qu'il lui revient de veiller à ce que les dépenses n'entament pas le patrimoine. On a vu une famille tenter de faire placer sous curatelle une dame âgée de 80 ans parce qu'elle désirait faire une croisière qu'elle avait pourtant amplement les moyens et le temps de s'offrir. *(19)*

Il arrive que des personnes âgées, même lorsqu'elles vivent seules chez elles, soient victimes de cette perception qu'ont leurs enfants

qu'il est normal que leurs parents contribuent à leur bien-être. Ainsi, plusieurs intervenants ont mentionné de nombreux cas de visites dominicales qui se terminent par des menaces, des insultes et même parfois des agressions physiques de la part de fils, filles ou gendres et brus qui croient normal de revendiquer ce qui leur est dû. «Ils croient en leur droit d'exploiter les parents, puisqu'ils ont de l'argent, ils n'ont qu'à le partager.» *(20)*

Lorsque la personne vit au sein de sa famille, il peut arriver que sa contribution financière soit essentielle à l'équilibre budgétaire, ce qui en soi n'est pas nécessairement cause d'abus. Toutefois, la détérioration de l'état de santé de la personne peut faire en sorte qu'elle en vienne à être perçue comme un fardeau ou qu'elle finisse par exiger des soins qui pèseront trop lourdement sur un ou plusieurs membres de la famille.

Les abus psychologiques ou physiques deviennent parfois les moyens d'exploiter financièrement la personne âgée, mais ils peuvent également être «gratuits». Selon le Dr N. Moamai, les agressions commises à l'égard de parents âgés qui sont menacés, insultés, frappés et battus par leurs enfants, «sont souvent accompagnées par la destruction systématique des biens matériels fortement investis sur le plan affectif par les parents.» *(21)*

Au Canada, aucune étude n'a jusqu'à présent réellement permis d'établir l'ampleur de ce problème qui est très difficile à dépister, car la personne reste silencieuse ou ne veut pas porter plainte. Le Dr Moamai souligne le fait que la personne refusera de quitter le milieu familial malgré le risque et le danger, estimant que la solution de placement est pire que la situation d'abus et de violence dans la famille.

Le silence des personnes âgées sur leur situation tient à la fois de la crainte qu'elles ont d'aggraver leur problème et du fait qu'elles ne veulent pas que l'on intervienne de peur que cela ne résulte en un placement. Par ailleurs, et particulièrement lorsque les agresseurs sont leurs propres enfants, les personnes âgées seraient confrontées aux sentiments d'échec et de culpabilité, qui les porteraient à se sacrifier et à «porter leur croix» plutôt que de se plaindre et de faire connaître leur situation.

Les enfants, ou leurs conjoints, sont assez souvent en cause dans les cas de violence familiale. Les données fournies par les différents intervenants permettent d'évaluer à environ 25% de l'ensemble

des situations d'abus en milieu familial les cas qui mettent en cause des enfants. Selon Lau et Kosberg *(1979)*, une personne âgée sur dix qui vit avec un membre de sa famille serait victime d'abus.

Plusieurs facteurs peuvent avoir un rôle à jouer dans de tels cas et diverses théories ont tenté de les identifier. Ainsi la violence intergénérationnelle pourrait avoir, entre autres origines, l'intégration de la violence comme comportement normal au sein de la famille. Les comportements abusifs ou violents seraient transmis de génération en génération. Certaines études américaines tendent à démontrer que les adultes abusifs ou violents envers leurs parents âgés auraient été eux-mêmes violentés durant leur enfance *(Steinmetz 1978; Lau et Kosberg 1979; O'Rourke 1981; Rathbone - McCuan 1980)*. Toutefois, plusieurs travaux récents sont venus remettre en question cette théorie *(Pillemer 1985; Anetzberger 1986)*. Par contre, il semble qu'une proportion des situations d'abus (20%) qui impliquent des enfants comme agresseurs auraient pour cause des troubles comportementaux de ceux-ci, des problèmes émotionnels ou psychiques. Dans le cadre d'une étude comparative, Pillemer a noté que les personnes abusives présentaient des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ou avaient déjà été hospitalisées pour des raisons psychiatriques.

Toutefois, la situation la plus souvent identifiée par les intervenants comme génératrice d'abus est, sans conteste, l'épuisement des personnes aidantes. Selon O'Rourke *(1981)*, la personne responsable d'un parent âgé dépendant vit un stress important.

En effet, en plus de ses obligations personnelles, elle dispense en moyenne 24 heures par semaine d'assistance physique et psychologique à la personne âgée. En outre, les membres de la famille qui ont à prendre soin d'une personne âgée reçoivent généralement peu de gratification et se retrouvent souvent isolées, même à l'intérieur de leur propre famille.

Que la personne aidante soit le fils, la fille, la belle-fille ou encore le conjoint, les difficultés restent les mêmes. Par contre, l'âge de la personne aidante peut accentuer la lourdeur de la tâche pour cette dernière. De plus, dans le cas du conjoint, l'adaptation à la maladie ou aux pertes de capacités de l'époux ou de l'épouse peut être beaucoup plus pénible :

> «... le conjoint est à bout. Il prend soin de son épouse depuis plusieurs mois ou depuis plusieurs années et la détérioration de l'état de santé du conjoint malade vient alourdir sa tâche (exemple : cas de cancer avancé, de maladie dégénérative). Il arrive que l'épouse malade refuse de quitter son domicile. Les actes de violence apparaissent à première vue réactionnels. La victime est frappée, menacée d'institutionnalisation ou on assiste à une forme de rejet : négation de l'invalidation, abandon, placement de force...*(22)*

La violence en milieu familial, qu'elle soit le fait du conjoint ou des enfants, a donc souvent pour cause l'épuisement du soignant et, bien sûr, l'état de la personne elle-même. Par ailleurs, l'épuisement du soignant peut également avoir des répercussions dans les autres milieux où les personnes âgées vulnérables peuvent être amenées à vivre.

■ LES RESSOURCES DITES CLANDESTINES

Parmi les personnes âgées qui vivent dans la communauté, certaines ne peuvent continuer à vivre seules à domicile ou auprès de membres de leur famille. Elles ont alors parfois recours à divers types de résidences qui ne sont pas considérées comme milieux d'hébergement car elles ne possèdent pas de permis et ne sont pas officiellement répertoriées.

Désignées par le terme de ressources clandestines, ces résidences sont considérées, à tort ou à raison, comme lieu possible de situation d'abus. En effet, s'il est probable que plusieurs des problèmes rencontrés par les personnes âgées dans de tels milieux soient comparables à ceux vécus dans tous les milieux d'hébergement, d'autres, par contre, peuvent être particuliers et liés à leur caractère clandestin. Comme dans le cas de toutes les situations d'abus dans la communauté, il est difficile de tracer le portrait exact des problèmes vécus dans ces résidences. Le terme clandestin est d'ailleurs assez révélateur de cette méconnaissance, mais surtout de l'image associée à ce type d'hébergement, chez le grand public mais aussi chez bien des intervenants.

Le mandat du Comité a été élargi pour inclure, de manière spécifique, l'examen du réseau clandestin d'hébergement. Une fois encore, le choix du Comité n'a pas été de tenter de quantifier les

ressources appartenant à ce réseau mais plutôt de s'appliquer à examiner les divers volets de la situation et de proposer des solutions qui soient une réponse aux inquiétudes manifestées.

Les ressources que l'on appelle clandestines, ou encore foyers clandestins ou illicites, prennent des formes multiples qui peuvent aller de la maison de chambres au foyer, en passant par des familles considérées comme familles d'accueil sans avoir été accréditées par un centre de services sociaux.

Pour la plupart, ces foyers ou résidences sont mis en place dans une maison privée où de l'hébergement est offert à des personnes dont certaines sont âgées et en perte d'autonomie. Il arrive que l'on prenne en charge également des enfants ou des jeunes adultes qui ont des problèmes de déficience intellectuelle ou de santé mentale ou encore des personnes souffrant de maladie chronique. Surtout en milieu urbain, ces ressources sont assez nombreuses mais un recensement un tant soit peu exhaustif est rendu difficile, voire impossible, par le fait qu'elles n'ont aucun lien officiel avec le réseau de la santé et des services sociaux. Les ressources clandestines sont, en fait, des ressources non accréditées, qui fonctionnent dans l'illégalité car elles ne détiennent pas le permis pour dispenser les services de santé et les services sociaux que les personnes en perte d'autonomie qu'elles accueillent requièrent de façon continue.

Il est important de noter que c'est l'état de santé des personnes âgées qui détermine l'illégalité d'une ressource d'hébergement. En effet, aucune autorisation (autre que municipale et sans que l'exigence en soit généralisée) n'est requise pour offrir des services d'hostellerie ou de gîte et de couvert. **C'est lorsque l'état de santé d'une personne exige des services de santé que la ressource qui ne détient pas de permis en ce sens opère dans l'illégalité**. Dans le cas de clientèles qui exigent des services continus en raison de leur âge ou d'une déficience quelconque, un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux est requis et nul ne peut exploiter un établissement s'il ne détient un tel permis. De même, les familles d'accueil, pour lesquelles aucun permis n'est requis, doivent obtenir l'accréditation d'un centre de services sociaux.

Pour tenter de faire le point sur ce sujet, le Comité a interrogé divers intervenants sociaux : certains «placent» dans ces ressources, d'autres se contentent d'en mentionner l'existence, d'autres, membres de l'équipe du contrôle de la qualité du MSSS, tentent parfois de les fermer. Enfin, le Comité a également rencontré des propriétaires de

telles ressources, des personnes qui y sont hébergées et des préposés qui y travaillent.

■ Dans quelles circonstances a-t-on recours à ces ressources?

Les personnes âgées n'ont pas toujours la possibilité de choisir leur milieu d'hébergement : bien souvent les places ne sont pas disponibles facilement, même lorsque les personnes font une demande de placement; les informations sur les diverses formes d'hébergement ne sont pas toujours accessibles. De plus, il arrive que l'impatience de la famille ou encore les pressions d'une ressource temporaire d'hébergement, d'un centre hospitalier de courte durée voulant accélérer le congé, laissent peu de choix à la personne, qui se dirige alors vers ce qui est le plus rapidement disponible.

Par contre, certaines personnes choisissent ce type de ressources parce qu'elles leur ont été recommandées ou parce qu'elles ont été rejointes par une publicité.

Il arrive également que, lors d'une demande de placement, les intervenants du réseau fassent eux-mêmes la démarche auprès d'une ressource clandestine ou remettent une liste de noms aux personnes ou à leur famille ou encore à un membre de leur entourage. On justifie cette pratique soit par le manque de places dans le réseau public d'hébergement ou par le fait que la qualité de plusieurs ressources sans permis est souvent jugée adéquate.

Par contre, certains intervenants ont mentionné les liens, quelquefois étroits, qui existent entre des propriétaires de ressources et les intervenants faisant le placement. De plus, puisque la personne qui se retrouve en ressource non accréditée n'a pas à être suivie, c'est un dossier réglé pour les intervenants surchargés. Par ailleurs, certains milieux hospitaliers ont recours à des formules d'hébergement transitoire (par exemple dans le cas de clientèle en attente de placement ou en convalescence) qui, parfois, sont des foyers clandestins.

Lorsqu'elles ne font pas appel aux intervenants du réseau, les personnes âgées ou leur famille à la recherche de place peuvent être rejointes par les annonces classées ou la publicité. Les journaux présentent divers encarts qui, en fait, offrent des services d'hébergement. Cependant, en règle générale, des publicités pour résidence annoncent un encadrement médical et infirmier, une chambre confortable, une surveillance 24 heures par jour et une assistance quotidienne. Plusieurs mentionnent les services de pastorale, l'animation,

des loisirs, etc. Or, parmi les services mentionnés, certains requièrent des permis et les établissements ne les possèdent pas toujours.

En fait, un tel type d'annonce permet aux personnes en perte d'autonomie de croire qu'elles recevront les services nécessaires à leur état. Ainsi, dans la rubrique «chambres et pension», on retrouve parfois des annonces classées qui réfèrent à des catégories de services ou de clientèles pour lesquelles un permis est exigé.

- «À ...., résidence neuve, personnes âgées, service médical et religieux, toilette complète, 3 repas ...»

- «Pavillon pour personnes âgées, activités, service médical et religieux, 3 repas, collation, nourriture excellente ...»

- «St..., 3ième âge, convalescence, long terme ou vacances ...» *(23)*

Et pour les personnes qui ne s'y retrouvent pas ou hésitent, il existe maintenant des conseillers en hébergement. Ce service généralement gratuit pour les personnes âgées ou leur famille offre:

- «une rencontre à votre domicile pour étude de vos besoins;
- de l'information sur les différentes possibilités d'hébergement;
- le transport pour la visite des résidences;
- le suivi après l'hébergement.»*(24)*

En fait, la gratuité de ce service, lorsqu'elle est annoncée, est relative, puisque les honoraires sont assumés par les résidences. Plusieurs d'entre elles paient une certaine somme et figurent ainsi sur les listes de l'agence de placement. De plus, lorsqu'une de ces résidences est choisie, elle remet à l'agence le premier mois de loyer de la personne hébergée. Par ailleurs, l'agence exerçant un suivi, si la ressource ne convient plus au bout de quelque temps, la personne âgée se verra proposer un autre endroit et la nouvelle ressource devra aussi remettre un mois de loyer.

Cependant, les agences de placement opèrent un service tout à fait légal et semblent répondre à un besoin pour une personne âgée, ou sa famille, qui tente de s'y retrouver parmi les nombreuses ressources. Il arrive que des intervenants du réseau fassent appel à leurs services lorsqu'eux-mêmes ne réussissent pas à trouver un placement adéquat.

Somme toute, au bout d'un cheminement parfois assez compliqué, une personne âgée se retrouve dans une résidence où lui sont offerts l'hébergement et certains services. La personne et souvent sa famille ignorent si l'établissement détient un permis lui octroyant le droit de dispenser de tels services. Il arrive fréquemment que le permis municipal, lorsque celui-ci est requis pour louer des chambres, soit perçu comme équivalent.

■ Quels problèmes posent ces ressources?

Parmi les ressources clandestines, certaines sont de petite taille; dans de tels cas, les propriétaires assurent eux-mêmes une bonne partie des services. Si cette situation permet aux gens de bénéficier d'une atmosphère familiale, souvent vantée par les annonces ou la publicité, elle a aussi pour conséquence de faire peser sur les épaules du propriétaire l'entretien de la maison, la buanderie, la préparation des repas et les soins aux personnes... sans compter la surveillance. De plus, dans bien des cas, les propriétaires habitent les lieux mêmes et ont donc bien peu de répit.

Certaines ressources sont un peu plus importantes et emploient du personnel; les coûts minimaux à rencontrer impliquent alors la présence d'un nombre suffisant de résidents, sans quoi la ressource devra réduire ses coûts, donc ses services. Il arrive que des propriétaires qui travaillent déjà eux-mêmes dans un établissement (souvent de même nature mais accrédité ou public) voient alors leur marge de profit sérieusement diminuée ou doivent parfois réduire le nombre de leurs employés et dispenser eux-mêmes les services, situation qui mène rapidement ces personnes à l'épuisement.

Divers propos recueillis lors des entrevues réalisées auprès de personnes âgées et de préposés illustrent en quoi la vie dans certaines résidences peut être considérée comme problématique:

■ «Ils ont changé terriblement. Avant ça ils étaient bien amicals mais là ils sont rendus au bout, ils sont matérialistes au coton.»

■ «Elle montre toujours les poings. Elle ne nous frappe pas dessus mais les poings sont là pareil.»

«Il m'avait donné des pilules, comment on appelle ça, en tout cas des pilules qui sont faites avec du sucre. Tu leur donnes, tu peux leur donner ça puis ça ne fait rien, c'est juste coloré, psychologique. Des placébos. Il me dit : bien quand il y en aura qui t'écoeurent tu leur donneras ça.»

«Tu sais comme la bonne femme qui disait à Mme X: Si je le décide vous n'aurez plus de visite. Là c'était tout le temps dans leur tête tu sais. Je sais qu'il ne ménageait pas ses mots quand il était fâché après eux-autres. Il en a mis à la porte.»

«Le soir que le propriétaire s'en est allé, il est allé porter toutes les collations dans les chambres puis il ne leur a pas dit qu'il s'en allait. Et puis le lendemain c'est la nouvelle propriétaire qui est arrivée.»

«Moi je ne peux pas croire qu'il y a du monde qui sont comme ça. Quand les enfants venaient, elle était tout sourire puis elle montait des belles tartes au citron du bas, le dimanche puis elle mettait ça sur le comptoir. Tu sais pour montrer qu'ils étaient bien nourris. Mais les tartes après que la visite était partie elles redescendaient en bas. Puis il y a des fois qu'on avait des cadeaux, des boîtes de chocolat, on l'a su un mois après qu'on avait eu des boîtes de chocolat. On l'avait pas eu, c'était elle.»

«Le monsieur, le mari de la propriétaire il n'aimait pas les personnes âgées, il avait mal au coeur d'eux-autres parce qu'il y en a qui sont handicapées pas mal. C'est pas une raison. Un soir qu'ils étaient après jouer aux cartes lui il dit: ça vas-tu finir ces cartes-là? Les madames eux-autres elles pensaient qu'il faisait une farce. C'était pas une farce. Il a pogné le jeu de cartes puis il y avait une grosse fournaise, il a garroché là puis il a dit : c'est assez, flyez dans vos chambres.»

De tels propos ne permettent pas de généraliser mais servent plutôt à illustrer le type de problèmes pouvant se poser. Cependant, d'autres consultations effectuées auprès d'intervenants, de personnes âgées et de membres de leur famille indiquent l'existence d'autres types de situations problématiques. Ainsi, les problèmes qui sont susceptibles d'être rencontrés dans n'importe quel milieu d'hébergement pourront également se retrouver dans ces résidences.

En fait, les rencontres qui ont eu lieu ne nous permettent pas de mesurer l'ampleur du phénomène, d'autant qu'il est difficile, voire impossible (et surtout depuis l'interdiction du MSSS faite aux intervenants du réseau concernant le placement dans des ressources clandestines) de quantifier ces ressources. Toutefois, ces rencontres ont permis aux membres du Comité d'identifier plusieurs des facteurs qui risquent d'engendrer des situations d'abus.

■ Quelle est l'origine du problème?

Tout d'abord, il faut considérer le fait que le problème n'est pas tant l'hébergement que l'état de santé de la clientèle hébergée. Une personne en perte d'autonomie physique ou psychique requiert des services de santé et des services sociaux dont il revient au MSSS d'assurer la disponibilité. Par ailleurs, un tel état de santé laisse la personne âgée particulièrement vulnérable et dépendante des personnes qui lui procurent des soins. Si, de plus, la famille est absente ou inexistante, aucune surveillance n'est exercée sur les conditions de vie ou la qualité des services offerts à la personne.

C'est d'ailleurs pour exercer cette surveillance que le ministère des Affaires sociales avait entrepris en 1975, par le biais de la Direction de l'Agrément, d'évaluer systématiquement les ressources existantes. Cependant, et malgré des textes législatifs pourtant clairs *(25)*, les ressources ont proliféré. Si un bon nombre d'établissements privés ont réclamé un permis, beaucoup ne l'ont pas fait.

Cependant, la situation de plusieurs résidences ou foyers de personnes âgées fut régularisée par le biais d'une opération pavillonnement* tenant compte de la qualité de ces ressources.

Au début des années quatre-vingt, le Ministère instaura une procédure plus efficace pour traiter les demandes de permis ainsi que pour intervenir auprès des ressources dites clandestines. Néanmoins, le problème persiste et les ressources privées continuent à se multiplier, parfois parce que les propriétaires ignorent qu'ils doivent avoir un permis, d'autres fois parce que les exigences associées à son obtention sont trop élevées, onéreuses et entraînent des délais indus.

* Cette opération a consisté à jumeler des résidences avec des centres d'accueil et à établir des contrats de location de biens et de services entre la résidence et le centre d'accueil dit «établissement pavillonneur.»

Des ressources se trouvent pénalisées lorsqu'elles reçoivent un permis de centre d'accueil privé autofinancé : elles perdent l'accès aux services de soins infirmiers ou d'assistance fournis par les CLSC dans le cadre de leur programme de maintien à domicile. De plus, certains propriétaires craignent d'avoir à subir de trop nombreux contrôles gouvernementaux.

Certains facteurs peuvent expliquer la prolifération des ressources dites clandestines. Le vieillissement de la population et l'accroissement de la proportion du nombre de personnes qui atteignent un âge avancé avec de grandes incapacités (4e âge) contribuent à accentuer la demande d'hébergement institutionnel. Le nombre de places d'hébergement de longue durée (environ 43 000) est théoriquement suffisant, surtout avec l'ajout prévu de 5000 places, pour combler d'ici quelques années les besoins des personnes en grande perte d'autonomie. Les structures de coordination régionale des admissions ont favorisé un meilleur accès pour ces personnes. Les délais d'attente dans certains territoires demeurent par contre trop longs, notamment à cause des disparités intra et inter-régionales dans la répartition des lits, de l'inadaptation des bâtiments aux besoins des clientèles (ex.: barrières architecturales) et de l'insuffisance des ressources financières et matérielles.

Par contre, pour les personnes dont l'état de santé requiert des services qui diffèrent de ceux actuellement disponibles dans le secteur institutionnel, les solutions de rechange à l'hébergement en institution ne sont encore qu'insuffisamment disponibles.

Aux exigences de complémentarité que la cohabitation du secteur public et des initiatives privées comporte, il faut encore ajouter que le MSSS ne peut renoncer aux mandats généraux qui lui sont confiés par les élus et, partant, par la population québécoise. Il lui incombe un rôle de surveillance des activités sanitaires qui dépasse la simple distinction public-privé.

Pour le Comité, les personnes vulnérables et requérant des soins de santé ne doivent pas se trouver seules devant une situation que le Ministère semble tolérer.

■ Les facteurs de risque dans la communauté

La situation des personnes âgées de même que l'examen des diverses situations d'abus rencontrées dans la communauté et les informations fournies par les groupes consultés permettent de repérer un certain nombre de facteurs de risque. C'est en fonction de ces

facteurs que devront être formulées et priorisées les diverses recommandations du Comité.

Une première catégorie de facteurs est liée à l'état de santé ou à l'isolement des personnes âgées. Outre les divers types de vulnérabilités dont il a déjà été question, il apparaît clairement que les personnes âgées qui subissent des diminutions de leurs capacités et se trouvent très dépendantes de leur entourage sont les plus susceptibles d'être victimes d'abus.

Les troubles cognitifs dont sont victimes les personnes âgées peuvent avoir des répercussions sur leur entourage. Ainsi, il faut souligner l'importante demande de soins qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer fait peser sur son entourage et les difficultés que vivent les familles et les proches dans ces cas. De même, les personnes qui, en vieillissant, se voient confrontées avec des diminutions de leurs capacités physiques peuvent devenir une source de stress pour leur environnement immédiat souvent mal outillé et peu soutenu pour faire face aux exigences des soins à donner. C'est la raison pour laquelle il faudra porter une attention particulière aux recommandations privilégiant les personnes âgées qui sont dans un état de vulnérabilité psychique et physique, bien que cela n'exclue pas la nécessité de prévoir des mesures relatives aux autres types de vulnérabilité.

Il faut également s'interroger sur une deuxième catégorie de facteurs de risque, soit celle qui est associée à l'environnement de la personne âgée. L'épuisement des familles, et spécialement de la personne aidante, peut engendrer des abus habituellement d'ordre psychologique ou physique. Malheureusement, il arrive aussi que la source de revenus que représentent les personnes âgées incite les familles à les maintenir à domicile même lorsque leur état de santé fait en sorte que les soins à prodiguer sont source d'épuisement. Ce même intérêt pour les revenus ou les biens des personnes âgées peut également amener des membres de leur entourage à commettre des abus psychologiques ou physiques.

Il faut également inclure dans cette catégorie les risques que présente l'existence de modes d'hébergement où aucun contrôle formel ne permet de s'assurer que des personnes vulnérables recevront les services requis compte tenu de leur état de santé.

Finalement, une troisième catégorie de facteurs de risque est plutôt associée aux caractéristiques inhérentes à la génération actuelle de personnes âgées. La Sûreté du Québec, dans le guide d'accompagnement du vidéo «S'en sortir», mentionne un certain nombre de facteurs qui peuvent expliquer, en partie, ces traits de vulnérabilité qui rendent les membres de ce groupe d'âge plus susceptibles d'être victimes de certains abus criminels. L'influence religieuse, qui préconisait le don de soi, et l'éducation qu'elles ont reçue, expliqueraient que les personnes âgées d'aujourd'hui seraient peu enclines à faire valoir leurs droits. La marginalité économique et la faible scolarité font également partie des éléments qui sont invoqués pour expliquer que des personnes âgées soient à l'écart des systèmes d'information et moins en mesure de faire respecter leurs droits. *(26)*

Il faut toutefois noter que ces facteurs concernent des abus qui, bien qu'exercés à l'endroit de personnes âgées, n'en sont pas moins du même ordre que ceux infligés aux personnes appartenant à d'autres groupes d'âge: fraudes, vols, etc. Le Comité rappelle que le manque d'information et certaines habitudes, conserver ses économies chez soi par exemple, viennent augmenter les risques, pour les personnes âgées, d'être victimes d'abus.

C·H·A·P·I·T·R·E T·R·O·I·S·I·È·M·E

LES PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

«Quand on était jeune, les vieux restaient avec les jeunes, les jeunes gardaient les vieux. Ça ne se fait plus, c'est pour ça qu'il y a tant de foyers.»

Ces propos, émis par une personne âgée résidant en institution, traduisent probablement une série de changements sociaux qui viennent marquer les réalités quotidiennes des personnes âgées de nos sociétés. Entre sept et huit pour cent d'entre elles vivent dans différents milieux d'hébergement*. Qu'en est-il vraiment? L'augmentation de la proportion de personnes âgées suffit-elle à expliquer la prolifération des «milieux substituts»? Mais surtout, à quoi ressemble la vie de nos aînés qui vivent dans ces foyers?

Ces milieux regroupent une gamme de ressources très diversifiées destinées à recevoir les personnes âgées selon qu'elles sont en perte d'autonomie plus ou moins importante.

Si plusieurs de ces ressources sont publiques et entièrement financées par l'État – centres d'accueil, centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée – d'autres sont privées conventionnées**, tandis qu'un certain nombre sont privées autofinancées, accréditées par l'État***.

Quel que soit le milieu d'hébergement dans lequel se trouvent les personnes âgées, elles ont en commun le fait de requérir des soins et de vivre dans un milieu de vie que l'on qualifie d'institutionnel.

* Ces chiffres n'incluent pas les personnes qui vivent en pavillon, en milieu psychiatrique, en famille d'accueil et en centre d'accueil privé/autofinancé, soit environ 3% des personnes âgées.

** C'est-à-dire qu'elles reçoivent du ministère de la Santé et des Services sociaux des compensations monétaires à titre de composante immobilière et mobilière ainsi qu'un budget de fonctionnement qui comprend les volets clinique, de soutien et d'hébergement.

***Pour plus de détails sur ces diverses ressources, voir le Tableau 5.

TABLEAU 5

Ressources d'hébergement par type d'établissement pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Type de ressource	Caractéristiques théoriques de la clientèle hébergée	Caractéristiques de la ressource		
		Octroi du permis d'opération	Décision d'admission	Nombre d'établissements
Famille d'accueil	En légère perte d'autonomie, ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne telles que le bain, ...	Centre de services sociaux	Centre de services sociaux	3 849 familles d'accueil actives au 31 mars 1988
Pavillon	Idem Critères du CTMSP* Paramètres utilisés par CTMSP	Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	Comité régional du système d'admission (Conseil régional de la santé et des services sociaux)	241 installations
Centre d'accueil privé autofinancé (CAPA)	Idem	MSSS	Propriétaire	109 établissements
Centre d'accueil privé à taux fixe	Idem	MSSS	Propriétaire	16 établissements
Centre d'accueil privé conventionné (CAPC)	En grande perte d'autonomie, nécessitant entre 1½ et 2½ heures de soins infirmiers/jour	MSSS	Comité régional du système d'admission	65 établissements
Centre d'accueil public (CAH)	Idem	MSSS	Idem	281 établissements
Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)	En très grande perte d'autonomie, nécessitant 2½ heures de soins et plus par jour	MSSS	Idem	67 établissements
Centre hospitalier privé conventionné	Idem	MSSS	Idem	36 établissements
Unités de soins de longue durée dans un centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD)	Idem	MSSS	Idem	93 unités physiques

*CTMSP: Classification par type en milieu de soins et services prolongés

LE POINT DE VUE DES INTÉRESSÉS

Une enquête menée par le Centre international de criminologie comparée *(CICC)* pour le Comité permet de cerner certains aspects de la vie des personnes âgées dans ces milieux. Une trentaine d'entrevues ont ainsi été effectuées auprès de personnes résidant en centre d'accueil (tant privé autofinancé que public) pour tracer le portrait de leur mode de vie et permettre une appréciation plus nuancée des situations qui peuvent générer des abus ainsi que des perceptions qu'en ont les principaux intéressés. Les personnes qui ont accepté de rencontrer les chercheurs étaient, en moyenne, âgées d'un peu plus de quatre-vingts ans et vivaient, pour la plupart depuis plusieurs années, en milieu d'accueil. Parmi elles, aucune n'avait de moyens financiers hors du commun, c'est-à-dire que, comme environ 80% des personnes âgées hébergées, elles ne disposaient généralement que de la pension de sécurité de vieillesse et du supplément de revenu garanti.

Ces entrevues ont permis de dégager une image de la vie et des préoccupations des personnes âgées dans ces milieux d'accueil. Cependant, comme pour beaucoup d'autres recherches qui ont pour sujet la violence, les chercheurs se sont heurtés à des réticences des répondants sur ce sujet. En effet, il semble que les personnes âgées limitent leurs critiques, de peur de voir leurs relations avec la direction ou les employés se détériorer ou encore par crainte d'être mises à la porte.

Les raisons du placement

Tout d'abord, l'étude s'est intéressée aux raisons qui ont motivé une personne à prendre la décision de rechercher une place en milieu d'hébergement. Le principal facteur est la détérioration de l'état de santé de la personne, qui fait en sorte qu'elle-même ou ses proches, juge dangereux de continuer à vivre seule ou avec sa famille.

La recherche de sécurité et la peur de la solitude, illustrées par les propos suivants, expliquent aussi la demande de plusieurs:

> «J'avais peur dans ma maison. J'entendais toujours des choses qui craquaient. Puis j'avais une porte en arrière et une porte en avant. Ici je me trouve chanceuse de ne pas toujours guetter les portes et les châssis... Moi, je me trouve en sécurité ici.»

> «C'est parce que j'étais séparé de ma femme. Elle est partie pour faire sa vie de jeunesse. Pour moi, bien coudonc, j'étais tout seul.»

De même, certaines personnes choisissent d'accompagner la personne avec qui elles vivent lorsque la santé de celle-ci exige des soins qui ne peuvent plus être accessibles à domicile.

Bien que la plupart des personnes rencontrées aient décidé elles-mêmes de demander une place en «foyer», certaines y ont été fortement incitées, soit directement par leur famille, soit par peur que celle-ci ne se lasse et en vienne à les délaisser complètement :

> «... Je voulais me placer moi-même, que ce soit ma décision... Parce que j'en vois trop qui font pitié... Ils ne veulent pas et bien souvent ils (la famille) ne viennent pas non plus les voir après...»

Les personnes âgées ne semblent pas toujours disposer d'un vaste choix de ressources ou encore de toutes les informations qui pourraient leur permettre un réel choix de résidence lorsqu'elles décident de «se placer». En région, les possibilités sont souvent limitées ou encore les problèmes de santé déterminent le type de ressource qui peut recevoir la personne. Certaines personnes, qui n'ont aucun moyen de procéder à ce choix, demandent l'aide des services sociaux. D'autres tentent de demeurer à proximité de leur famille ou dans le quartier où elles ont l'habitude de vivre. Enfin, certaines décident de se diriger vers des ressources privées alors que d'autres s'orientent vers le réseau public.

La vie en institution

L'adaptation à la vie en résidence pour aînés semble un problème réel pour plusieurs des personnes rencontrées... Faut-il s'en surprendre?

L'arrivée en milieu institutionnel signifie le plus souvent pour la personne d'avoir à se résigner aux difficultés d'adaptation et à l'impact des pertes d'autonomie liées aux problèmes de santé. À ceci s'ajoute, que la personne l'ait souhaitée ou non, la rupture avec le milieu de vie habituel. Finalement, il lui faut accepter les exigences

d'un lieu de vie qu'elle n'a pas toujours pu choisir. Parmi ces exigences vient en premier lieu la vie de groupe, indissociable de l'organisation de ces milieux. Certains propos relevés lors de l'enquête montrent les difficultés liées à cette adaptation :

- «... Chaque jour, je me raisonne puis ça marche. Il faut bien que ça marche, je suis prise ici. Je suis encore bien chanceuse...»

- «... C'est pas votre maison, vous êtes à l'étranger. Tu sais on se sent un peu dépaysé.»

- «... Il faut se soumettre pareil. Quand on est pris qu'est-ce que vous voulez?»

- «Aimeriez-vous ça vous là, quand même que vous êtes jeune? Jeune ou vieille, on est embarrée, on est renfermée dans notre chambre puis on est toute seule...»

Dans ce contexte, la chambre occupée, les meubles, la possibilité de recréer un tant soit peu une atmosphère familière, personnelle, prennent une importance majeure. La difficulté des personnes âgées d'obtenir certains aménagements indique le peu de souplesse des institutions qui souvent sont plus soucieuses de faciliter l'administration ou d'assurer les services de santé indiqués que de permettre aux personnes âgées de bénéficier de conditions plus à la mesure de ce qui correspond pour elles à une qualité de vie.

La difficulté, voire l'impossibilité, de disposer d'une chambre commune ou de chambres contiguës dans le cas de couples ou de personnes habituées à vivre ensemble, ou encore la situation inverse, c'est-à-dire le partage d'une chambre avec une personne inconnue, témoignent d'absence de considération pour des aspects essentiels à la qualité de vie de quiconque.

De plus, d'autres éléments laissent croire que l'intimité et la sexualité des personnes âgées sont niées, comme si l'âge en venait à effacer une partie de ce qui caractérise pourtant les individus. Par exemple, il est parfois difficile d'obtenir des chambres pour les couples ou d'obtenir un lit double ou encore de disposer d'une salle de bain à soi. Ces contraintes obligent les personnes à vivre des situations très frustrantes, même humiliantes :

> «... Quand on est vieux, on est pas toujours prêt à avoir la toilette mais, si vous n'êtes pas capables d'aller à la toilette tout de suite, vous avez quelque chose qui ne va pas. Les vieux on aime pas bien ça, on aime bien être capable tout seul. Mais si c'était pas si loin, on pourrait y aller tout seul, ils auraient le temps de se rendre.»

Dans de telles conditions, l'hygiène personnelle devient plus difficile à maintenir. En outre, diverses diminutions des capacités physiques viennent rendre compliqué le fait de prendre un bain et la personne âgée doit alors être accompagnée. Certaines résidences interdisent d'ailleurs aux personnes de se baigner sans aide pour diminuer le risque d'accident. D'autres ont un horaire de bain précis et pas toujours planifié en fonction d'un adulte :

> «Pour moi, c'est le dimanche soir. Avant, c'était le lundi matin. Je préférais ça le lundi matin mais, maintenant ils m'ont mis à sept heures le dimanche soir. Ça fait que des fois, dimanche dernier, je ne l'ai pas pris parce que j'étais sortie. L'autre fois j'ai de la visite. Ça fait que ce n'est pas une heure qui me convient beaucoup.»

De plus, lorsqu'elles prennent leur bain, les personnes âgées ne peuvent pas toujours être aidées par un préposé de leur choix. Il arrive qu'elles n'apprécient pas qu'une personne d'un sexe différent du leur soit assignée à cette tâche qui, bien que routinière pour le personnel, n'en a pas moins un caractère très intime pour la personne.

À ces difficultés s'ajoute la nécessité de devoir s'adapter à la nourriture servie par l'établissement, à l'entretien ménager, à la buanderie collective... Bref, à une foule de choses qui semblent des détails mais qui, lorsque répétées indéfiniment, affectent considérablement la qualité de vie.

Les horaires des repas et des couchers laissent généralement peu de latitude et sont le plus souvent décidés en fonction des besoins du personnel. Bien que les personnes âgées rencontrées n'aient pas rapporté de cas de violence ou de négligence, ce qu'elles mentionnent sur ces sujets laisse transparaître certaines des vexations dont peuvent être victimes les résidents. Ainsi, ceux qui sont incapables de se rendre à la cafétéria pour y prendre leurs repas reçoivent parfois ceux-ci en retard et froids. Il arrive même que des repas soient carrément omis comme l'illustre ce témoignage d'une intervenante:

«... je me souviens, Mlle X, bon elle, c'était vraiment un cas. Elle était incontinente. Elle avait besoin, souvent elle ne descendait pas. Elle téléphonait, là il disait: X, si tu ne descends pas, tu vas te passer de déjeuner. Elle dînait. Des fois elle ne descendait pas pour nous niaiser, mais des fois, je pense qu'elle descendait pas parce qu'effectivement, elle se sentait mal. Puis elle se passait carrément de déjeuner.»

D'autres facteurs ont également beaucoup d'influence sur la possibilité pour une personne âgée de recréer un climat de vie agréable en résidence: la disponibilité de moyens de transport, l'organisation de loisirs, l'existence de lieux prévus pour des échanges sociaux à l'intérieur de l'établissement.

Si les centres les plus importants semblent pouvoir faire bénéficier leurs résidents de plusieurs possibilités de loisirs, il n'en va pas toujours de même pour les petites ressources dont les moyens sont souvent plus limités. Une des préposées résume ainsi la situation de beaucoup de personnes:

«C'est les personnes par elles-mêmes qui décident, il n'y a aucune activité. C'est : ouvrons la TV... Ah non, pas de possibilité de rien, la possibilité d'attendre puis de vivre, puis, tu sais d'attendre. C'est souvent, tu es dans ta chambre puis berce-toi.»

Les moyens de transport restent toujours importants pour assurer les contacts sociaux et la poursuite de diverses activités. Toutefois, pour les personnes en perte d'autonomie, surtout dans le cas où leur famille n'est pas disponible, se déplacer hors de la résidence peut être très compliqué, voire impossible. Quelques maisons offrent un service de transport adapté, d'autres n'offrent rien. Certaines personnes rencontrées ont avoué ne pas avoir mis le nez dehors depuis deux ou trois ans : elles sont confinées à la résidence.

Un autre aspect de la vie des personnes âgées ne retient pas toujours l'attention des administrateurs : la religion. Continuer de pratiquer sa religion, surtout vers la fin de sa vie, peut avoir une importance à laquelle on n'accorde pas toujours suffisamment de place. Cependant, les propos suivants traduisent bien l'importance que peut avoir une messe:

«Il ne faut pas oublier qu'on a la messe une fois par semaine. Ici, ça a lieu le lundi à deux heures dans la salle des loisirs qu'on appelle. C'est moi qui s'occupe de ça. J'ai les vases sacrés qui nous ont été prêtés par Monseigneur X. Je m'occupe d'aller chercher les hosties puis j'essaie de mettre le nombre juste dans le ciboire quand le prêtre vient célébrer la messe.»

Le point central et déterminant de ce que sera la vie d'une personne âgée dans ce milieu est sans nul doute constitué par ses relations avec les autres résidents et avec le personnel de la résidence. Comme partout, les relations qu'aura une personne dépendent d'abord de son caractère et de sa volonté de s'intégrer à un groupe. Dans le cas où une personne est moins désireuse, ou encore a moins l'habitude de participer à une vie de groupe, il est possible que la vie en résidence s'avère problématique :

«Je ne veux pas qu'ils me parlent... Je me dépêche à monter dans ma chambre puis je mets cette chaise-là de travers pour que personne ne rentre.»

«Je ne suis pas faite pour la vie communautaire moi, je ne suis pas faite pour ça... Il y a trop toutes sortes de personnes. Je pense que c'était la troisième semaine que j'étais arrivée, un grand monsieur, je ne sais pas son nom, on était en rang pour le dîner, il arrive, il met sa main sur mon épaule, il me dit : il y a une dame qui m'a dit de vous dire que vous êtes une vieille folle. J'ai dit : pardon! Il me le répète. Je me tourne : est-ce que vous avez toutes entendu le beau compliment que je viens de recevoir? Ça fait pas de bien au coeur ça. Il y a rien qu'à la table que je reçois des affaires de même parce que le reste du temps, je reste enfermée.»

Un autre problème qui se pose est la diversité de l'état de santé des résidents. Plusieurs personnes sont gênées par des compagnons de chambre handicapés physiquement ou psychologiquement. Des personnes interviewées ont souligné le nombre sans cesse grandissant de gens atteints de démence du type Alzheimer et l'augmentation continue de résidents se déplaçant en fauteuil roulant.

«... ça c'est triste, on est pas capable de leur parler, ils ne savent pas où ils sont. Il y en a qui veulent partir. C'est la plus triste maladie qui n'existe pas, puis ils languissent avec ça, ils dépérissent.»

«On était tous des gens assez autonomes mais aujourd'hui, ça a changé. C'est les chaises roulantes qui sont à la mode!»

Les personnes rencontrées décrivent leurs rapports avec le personnel comme généralement satisfaisants. Les premiers commentaires varient de: «Ils sont bien gentils» à «Je n'ai rien à redire contre eux», «Je suis très bien traité par le personnel» jusqu'à «Ils sont bons pour tout le monde.» Cependant, il faut relativiser ces appréciations lorsque, par ailleurs, une personne nous fait le commentaire qui suit:

«On a vu des petites choses, des fois des marabouts. Des fois c'est comme partout ailleurs, à un moment donné, la patience manque, ils vont bardasser quelqu'un un petit peu, ça arrive ça. Mais moi j'ai eu des petites choses mais c'est rien que pour le plaisir: assis dans le bain avec de l'eau glacée, il m'envoyait ça dans le dos. C'était pour faire des farces... Mais en général, comme ici,ils ne maltraitent personne.»

Sauf dans certains cas où les personnes se sont plaintes de vols d'effets personnels ou du peu de soin apporté à leurs objets, peu de plaintes sont formulées. Il semble possible que la peur de voir leurs relations avec le personnel se détériorer rende les personnes plus craintives. Dans certaines résidences, les chercheuses notent chez les personnes beaucoup d'hésitation à s'exprimer sur la possibilité que le personnel soit négligent, voire violent.

Les intervenants eux-mêmes, rencontrés lors des consultations tenues par le Comité, se sont montrés beaucoup plus loquaces sur ce sujet.

Le point de vue des intervenants et des organismes consultés

Les propos suivants, tirés d'un mémoire préparé pour le Comité, permettent de comprendre pourquoi les personnes âgées restent réservées dans leurs critiques vis-à-vis du personnel ou des services en résidence:

«... un facteur important entre en ligne de compte même pour les personnes conscientes et en mesure de se défendre: le nombre de places en centre d'accueil est très restreint et bon nombre de personnes qui y séjournent se considèrent chanceuses d'avoir obtenu une place ou ne se plaignent pas de peur de la perdre. D'autres ont réussi à obtenir quelques privilèges personnels et préfèrent se taire plutôt que de se les faire enlever.»*(27)*

Il faudrait toutefois éviter de mettre sur un même plan les commentaires des personnes âgées et ceux des intervenants et des organismes: les propos de ces derniers viennent préciser les dires des personnes âgées. Les intervenants sont souvent plus à l'aise pour donner des exemples concrets, plus critiques et conscients des causes du problème. Cependant, leur point de vue touche plutôt la qualité des services et la manière de les dispenser. Ce sont les commentaires des personnes âgées qui doivent nous permettre d'apprécier l'importance relative qu'ont, pour elles, les divers problèmes mentionnés et ce sont ces commentaires qui seront d'abord pris en compte par le Comité. Les propos des intervenants peuvent, par contre, nous permettre de mieux comprendre les manifestations et les causes des situations d'abus.

Plusieurs problèmes associés à des situations d'abus ou de négligence ont été rapportés, soit directement par des groupes de personnes âgées, soit par des groupes communautaires, des intervenants, divers organismes les représentant (syndicats et associations professionnelles) ou encore par diverses associations d'établissements.

Selon les intervenants, les milieux d'hébergement et de soins de longue durée sont des lieux susceptibles de générer des situations d'abus. L'alourdissement des clientèles, un personnel insuffisamment formé, l'uniformisation des services sans lien avec les besoins des personnes âgées sont autant d'éléments qui contribuent à créer des conditions propices à des situations déplorables.

De manière parfois très détaillée, les intervenants ont témoigné de cas d'abus, les décrivant en distinguant rarement entre violence et négligence. Les exemples fournis concernent généralement en premier lieu les abus physiques, puis psychologiques et finalement les abus matériels.

Le personnel qui travaille en institution psychiatrique relève des manifestations d'abus qui, bien que n'étant pas spécifiques à ces institutions, mettent en relief des situations intolérables: la violence, verbale et parfois même physique, la surmédication, l'utilisation de contentions. Le fait qu'en milieu psychiatrique, plus qu'ailleurs, la clientèle soit confuse et donc moins capable de se défendre n'est sans doute pas étranger à cette situation.

Parmi les abus physiques, les problèmes liés aux soins corporels se retrouvent souvent en tête de liste. Les intervenants y voient une atteinte à l'intimité et à la dignité des personnes. Ils déplorent le peu de

temps disponible et, surtout, les méthodes utilisées pour dispenser ce service pourtant essentiel et le fait de ne pouvoir respecter le choix des personnes en ce qui concerne leur préférence à recevoir ces soins d'un préposé de leur sexe.

Le mémoire présenté par la FTQ, comme plusieurs autres, souligne que faute de temps pour aider les personnes à gagner la toilette, on utilise des couches et on encourage les personnes âgées à l'incontinence.

Le manque de loisirs et d'exercices physiques fait partie des situations relevées par les intervenants et qui, selon eux, contribuent à l'accélération de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Nombreux sont ceux qui ont fait état de la piètre qualité de l'alimentation qui se traduit par des plats froids ou des repas peu équilibrés, mais aussi du rythme accéléré auquel on nourrit les personnes. Les horaires des repas, tout comme ceux des couchers et des réveils, sont également considérés comme très pénalisants pour les personnes âgées. *(28)*

Les situations qui requièrent de l'aide ou des soins physiques viennent donc généralement parmi les premières énumérées. Ce sont sans doute celles qui demandent au personnel le plus de temps, le plus d'endurance physique et qui sont probablement, à la fois pour les personnes âgées comme pour les intervenants, les plus confrontantes. Cependant, il faut noter que les situations mentionnées sont rarement de nature à infliger à une personne âgée des séquelles physiques majeures.

La contention au lit ou dans un fauteuil gériatrique est parfois utilisée par manque de temps mais parfois aussi comme punition. La surmédication, autre moyen de contention, a des effets tout aussi néfastes. Cependant, la perspective encore très médicale qui oriente les interventions et l'organisation des services rend les personnes et les intervenants moins sensibles aux conséquences néfastes, pourtant importantes et réelles, que peut avoir la surconsommation régulière de médicaments. Les groupes représentant les personnes âgées ont, pour leur part, abondamment relevé ces problèmes qu'ils considèrent majeurs, tant en établissement qu'à domicile.

Les abus psychologiques identifiés sont principalement de deux ordres : l'enrégimentation et l'infantilisation des personnes âgées et certaines formes d'interpellations qui vont du manque de respect à l'assaut verbal.

L'enrégimentation implique le non-respect des choix et des désirs des personnes âgées. Les exigences de la vie en institution se prêtent particulièrement bien à la prescription d'activités auxquelles la personne n'a pas envie de participer sous prétexte que «c'est bon pour elle».

L'infantilisation peut prendre toutes sortes d'aspects mais la façon qu'ont certains intervenants de parler aux personnes âgées comme à des enfants, de les tutoyer et même de les affubler de surnoms ridicules est particulièrement soulignée.

Les menaces pouvant aller de «Si tu... tu n'auras pas de souper» à «Tu vas l'avoir à sept heures, si tu comprends pas, je vais te l'estamper dans le front», le chantage, les abus d'autorité tels que l'ouverture du courrier de provenance gouvernementale ou encore l'imposition d'une diète ou bien le transfert d'une chambre à une autre sans même une consultation, etc., voilà autant de faits rapportés par les intervenants qui peuvent être catalogués parmi les abus psychologiques.

L'abandon des familles est une autre forme de ce type d'abus qui a sans doute des répercussions importantes sur la qualité de vie des personnes âgées. L'isolement dans lequel se trouvent alors les personnes est sans doute déjà, à lui seul, difficilement supportable. Malheureusement, il arrive qu'il se double d'abus d'ordre financier. En effet, certaines familles profitent de leurs rares visites pour soutirer aux personnes âgées leurs économies, ou tout simplement, le peu d'argent qu'il leur reste sur leur pension de vieillesse. Peu d'autres abus matériels sont rapportés. Il ne faut pas oublier que les personnes qui vivent dans les milieux d'hébergement disposent rarement de biens personnels.

Parmi les autres problèmes soulignés, une série peut être catégorisée comme étant liée aux conditions d'hébergement. Malgré des améliorations apportées au cours des dernières années, les intervenants et les organismes consultés ont relevé la présence encore trop fréquente de chambres petites, sans toilette, sans fenestration, ventilation ou même chauffage adéquats, le manque d'ascenseur, les couloirs et les portes trop étroits pour permettre le passage de fauteuils roulants ainsi que l'absence de lieux privés pour recevoir les visiteurs ou pour rencontrer le médecin en toute intimité. Par ailleurs, tout comme les personnes âgées, des intervenants notent le fait que les bénéficiaires sont loin d'être toujours consultés dans le choix de leur compagnon de chambre; il arrive, par exemple, que des personnes

non confuses aient à cohabiter avec des personnes confuses. Cette situation provoquerait, entre autres problèmes, une forme d'abus dont il a été peu question jusqu'à présent : l'abus entre bénéficiaires.

Même dans les cas où chacun dispose d'une chambre, il arrive que certaines personnes âgées subissent des abus sexuels, des blessures, des vols de la part d'autres bénéficiaires. Les abuseurs sont souvent affligés de problèmes cérébraux qui altèrent leurs comportements. La diversité des clientèles ne provoque pas nécessairement de tels ennuis mais il reste qu'elle est considérée comme un problème et dénoncée à la fois par les personnes âgées, les intervenants et les représentants d'organismes rencontrés.

Finalement, certains problèmes inventoriés sont moins directement liés aux conditions d'hébergement mais plutôt aux règles administratives qui prévalent lors du placement d'une personne. Certaines pratiques sont considérées comme abusives, par exemple la séparation des couples lors du placement de l'un des conjoints ou le fait de placer une personne dans une localité éloignée de sa famille et de son environnement, ou encore les périodes d'attente prolongées pour le placement et l'absence de réévaluation de l'état de santé qui se détériore souvent pendant cette période. Certains organismes ont aussi insisté sur le cas des personnes qui se retrouvent dans un établissement qui n'offre aucun service dans la langue de la personne ou en accord avec sa culture.

L'utilisation parfois inadéquate de la Curatelle publique fait également partie des problèmes relevés. Les familles n'ont parfois pas été contactées ou avisées, il arrive qu'elles ne savent pas ce qu'implique une mise sous curatelle publique. Finalement, certains intervenants ont tendance à juger les agissements d'une personne âgée à partir de ce qu'eux-mêmes considèrent comme décent ou normal à cet âge.

Les modalités de contribution des personnes âgées à l'hébergement sont aussi source de plusieurs problèmes car la comptabilisation des ressources est relativement sévère. Ainsi, ces modalités font peu de cas des réalités de la vie de couple et lorsque l'un des deux conjoints continue à vivre à domicile, les dépenses afférentes à la vie quotidienne demeurent alors que s'ajoutent les dépenses d'hébergement. De plus, le mode de contribution qui tient compte non seulement des revenus mais également des épargnes, est souvent mis en cause lorsque des futurs résidents de centre d'accueil ont fait don de leurs avoirs à leurs proches, le plus souvent de manière plutôt avantageuse pour ces derniers, et dans certains cas, à la suite de vifs encouragements de leur part.

Il n'est pas toujours possible d'isoler une cause d'abus car, généralement, plusieurs éléments se conjuguent de manière plus ou moins directe pour finalement se répercuter sur la personne âgée.

Dans le cas des personnes âgées qui vivent en milieu d'hébergement, la plupart des personnes ou organismes rencontrés s'entendent pour dire qu'elles sont rarement victimes d'abus physiques ou matériels directs (au sens où nous l'avons défini) de la part d'intervenants. Dans ces cas, le caractère flagrant de l'acte facilite l'utilisation de mesures disciplinaires ou de moyens judiciaires. Ces moyens sont d'application plus difficile pour réprimer les négligences passives ou actives, plus fréquentes. Mais, dans un cas comme dans l'autre, on doit se poser des questions sur la pertinence des moyens et leur utilisation.

■ LES PROBLÈMES LIÉS À LA QUALITÉ DES SERVICES

En toile de fond des causes d'abus, tout comme pour les abus dans la communauté, c'est la place que notre société réserve aux personnes âgées, la perception et la marginalisation du vieillissement qui doivent être remises en question en premier lieu.

Les personnes âgées qui vivent en milieu d'hébergement n'échappent pas aux stigmates de l'âgisme, qu'ils soient véhiculés par le personnel, par l'administration ou encore par les personnes âgées elles-mêmes.

Les raisons qui mènent les personnes âgées à rechercher une place en résidence sont souvent inhérentes à la détérioration de leur état de santé. Elles sont accompagnées de la crainte d'imposer un fardeau aux enfants, mais aussi de la peur de l'isolement et de l'insécurité liée à cette situation.

Une fois les personnes en milieu d'hébergement, les situations pénibles qu'elles ont à vivre se départagent assez clairement entre les abus - surtout physiques et matériels - et des lacunes quant à la qualité des services qu'elles reçoivent. La section suivante du rapport concerne la qualité des services.

■ La qualité des services en milieu d'hébergement

La manière dont la perception sociale du vieillissement imprègne la perspective qui sous-tend l'organisation et la dispensation des

services doit être examinée. Cette perception qui associe vieillesse et maladie confirme l'aspect anormal du vieillissement, et se reflète dans l'omniprésence du modèle médical, particulièrement en milieu d'hébergement. Les problèmes éprouvés lors de l'adaptation à la vie en résidence ne sont pas en soi un abus. Ils illustrent surtout la difficulté de rendre des services suffisamment adaptés pour compenser la perte d'une série d'habitudes de vie et permettre l'acclimatation à un nouveau milieu au premier abord insécurisant pour la personne.

Sans remettre en question l'importance des problèmes de santé des personnes hébergées et la nécessité de leur fournir des services adéquats, il faut tout de même examiner l'influence quasi exclusive du modèle médical sur la compréhension des besoins des personnes âgées (par les intervenants et les gestionnaires mais aussi par les personnes âgées elles-mêmes), la manière d'y répondre et les degrés d'importance qui doivent être attribués aux diverses modalités de l'organisation des services. Ce Comité n'est pas le premier à remettre en cause cette tendance, quoiqu'elle soit tellement enracinée qu'il faudra sans doute de nombreuses années, non seulement pour en changer, mais également pour en mesurer l'influence.

Les personnes âgées en milieu d'hébergement y sont doublement vulnérables: le vieillissement est socialement perçu comme une pathologie et, de plus, ces personnes éprouvent des problèmes de santé. Ces deux facteurs conjugués font en sorte que le type de réponse privilégiée, non seulement par le système de santé mais souvent par les personnes âgées, s'apparente à la médicalisation : surmédication et surinstitutionnalisation en sont des conséquences.

De plus, la génération actuelle de personnes âgées a généralement une grande confiance envers les médecins et aura recours à ce genre de services d'autant plus facilement:

> «Vous savez, c'est la confiance de voir juste un médecin. Même s'il ne fait rien, ça fait plaisir de se dire: il s'occupe de moi, peut-être qu'il va finir par me trouver quelque chose. La confiance... On était content quand il venait nous voir. C'était notre visite, on était quelqu'un.»

Le mémoire préparé par l'Association des centres d'accueil du Québec *(ACAQ)* pour le Comité démontre que la difficulté d'adaptation des personnes à leur nouveau milieu de vie est réelle et confronte les centres d'accueil d'hébergement à la nécessité de faire certains

réajustements et, peut-être, de diminuer l'importance accordée jusqu'ici au volet médical pour ajouter aux considérations de qualité de vie.

> «... Nous sommes conscients que la vie en centre d'accueil ne remplacera jamais parfaitement la vie chez soi, mais nous faisons tout pour que la personne y trouve le maximum de points de ressemblance et que ce nouveau «milieu de vie» devienne physiquement et psychologiquement un véritable «chez-soi» à dimension humaine et personnalisante.
>
> Malgré tous nos efforts, il nous faut reconnaître que toutes les personnes admises, même si, extérieurement, cela semble être la réalité, n'acceptent pas intérieurement leur nouveau mode de vie et se refusent à y poursuivre leur développement...» *(29)*

Selon le Comité, et pour beaucoup de personnes consultées, deux conditions sont essentielles pour faire en sorte que ce nouveau milieu de vie puisse devenir un véritable domicile : **premièrement, une préoccupation réelle pour la qualité de vie en établissement et donc l'instauration de normes qui traduisent le respect des besoins des personnes âgées comme étant le principal objectif des services; deuxièmement, la révision des modalités liées au placement**.

Pour les personnes âgées rencontrées, plusieurs facteurs pourraient faire en sorte que le nouveau milieu de vie ressemble un peu plus à un véritable chez-soi. Par exemple, la possibilité de vivre dans une pièce agréable et d'y recréer une partie de son environnement familier en y installant quelques meubles et objets personnels. Il faut donc continuer l'adaptation des conditions d'hébergement pour faciliter le plus possible le maintien des relations affectives ou sociales existantes avec le conjoint, la famille ou les amis, ou encore pour en créer de nouvelles sans contrainte. De plus en plus, il faut permettre aux personnes, seules ou en couple, de disposer de chambres répondant à leurs besoins et prévoir des lieux de rencontre. Bref, l'aménagement des établissements devra être planifié selon des critères qui respectent les besoins des personnes âgées en termes de qualité de vie et de capacités physiques.

Favoriser la qualité de vie des personnes hébergées implique également l'ajustement des règles de fonctionnement à leurs besoins plutôt qu'à ceux de l'administration ou des intervenants.

En plus de la prédominance du modèle médical dont il a déjà été question, deux contraintes majeures viennent modeler la manière

dont est réglementée la dispensation de services : les contraintes économiques et la limite des connaissances et de la compréhension du vieillissement.

Les intervenants appelés à dispenser directement les services aux personnes sont sans doute les plus sensibles à l'effet des choix budgétaires effectués, et ce à tous les niveaux d'autorité du système de santé et de services sociaux. Les propos recueillis lors de l'enquête menée pour le Comité illustrent bien comment une personne âgée peut être affectée par certaines décisions administratives:

> «J'ai fait de la physio l'été passé à la clinique X. Moi j'aurais voulu des exercices spécialement pour renforcir ma jambe. Là j'en fais une fois ou deux par semaine, lever sept livres. Je commence par cinq livres puis j'ajoute deux livres. Moi je voulais, je suis retournée au centre d'accueil à l'automne dernier, je voulais renforcir ma jambe pour pouvoir descendre l'escalier. Ils ont dit que, dans mon cas, ça prend une physiothérapie à long terme, puis c'est à votre centre de vous donner. Mais ici ils ont barré la physio par rapport au budget. Pour ce budget ils ont enlevé la physio. Ah j'ai pleuré pour ça.»

Les choix budgétaires ont donc des conséquences assez importantes sur l'accessibilité à divers services. Ils en ont également sur la manière dont sont dispensés les services aux personnes :

> «Il n'y a pas assez de personnel, c'est ce qui manque dans les centres d'accueil. Au début de la première année, on avait le temps de leur parler, parler de différentes choses. C'est juste à leur pause qu'on peut leur parler. Tout à coup une cloche sonne, tout de suite ils vont répondre. Ils sont à la course, ça prendrait des patins à roulettes.
>
> Il n'y a jamais personne qui vient s'asseoir ici pour jaser cinq minutes. Ah ils n'ont pas le temps. Il y en a un autre qui attend. Tu sais c'est tout fait à la minute puis c'est vite fait. Je vous le dis ça rentre. Puis il y en a une qui est assez vite ici, tu ne la vois pas faire puis tout est faite... Mais je vous dis que ça «ride.» Ça va vite, la vitesse tue. C'est bien effrayant de les voir travailler. Je les regarde travailler moi. Ils se dépêchent presque tout le temps.»

Les effets de l'alourdissement de la clientèle et du surcroît de soins qui en découle sont également commentés par les personnes âgées :

> «C'était bien quand on est arrivé ici, il y avait le même personnel mais ils étaient bien parce qu'on avait pas besoin d'aide. Mais ça a changé. Maintenant la priorité c'est plutôt les chaises roulantes puis quand vous êtes pris sur une chaise roulante vous ne pouvez pas faire grand-chose. C'est tout le travail que ça peut prendre, les amener aux toilettes puis ceux qui ne sont pas capables, les changer, les faire manger.»

Et certaines inquiétudes percent à travers quelques commentaires concernant les règles qui prévalent lors de l'attribution des horaires de travail :

> «Celle qui est de nuit, c'est toujours la dernière employée, la dernière venue. Parce que le chiffre de nuit est de minuit à huit heures. Ça vous n'aimez pas ça travailler ce chiffre-là, c'est la dernière qui est arrivée. Elle n'est pas tellement, tellement habituée à toute.»

Cependant, si ces propos démontrent comment la qualité de vie des résidents est tributaire des affectations budgétaires, le Comité ne croit pas que l'augmentation des sommes allouées, quoiqu'elle soit nécessaire, puisse à elle seule résoudre les problèmes identifiés par les personnes âgées. En effet, si elle n'est pas accompagnée de changements importants à la fois en ce qui concerne l'organisation des services et la manière de les dispenser, l'augmentation des budgets dévolus à l'hébergement des personnes âgées n'aura qu'un effet limité. Or, en plus d'une préoccupation quant aux contraintes économiques, les prochaines années devront être marquées par des actions énergiques visant une augmentation du degré de connaissance et de compréhension du vieillissement.

Les facteurs de risque en milieu d'hébergement

Outre certains problèmes liés à la qualité des services, plusieurs facteurs de risque doivent être considérés si l'on veut mettre en place des mesures susceptibles de diminuer et même d'enrayer les possibilités que des abus se produisent en milieu d'hébergement.

Tout comme dans la communauté, une première catégorie de facteurs est liée à l'état de santé et à l'isolement. Il faut rappeler que les personnes âgées hébergées sont, en règle générale, aux prises avec des diminutions de leurs capacités physiques ou psychiques. En milieu institutionnel, comme dans la communauté, les personnes âgées dont les capacités cognitives sont diminuées (vulnérabilité psychique) sont les plus susceptibles d'être négligées ou d'être victimes d'abus.

De plus, certains des facteurs de risque ayant conduit à la demande d'hébergement restent présents même une fois la personne arrivée en résidence. Ainsi en est-il de la peur de l'isolement qui incite souvent les personnes à répondre aux exigences financières de membres de leur famille. Cette même crainte de se retrouver isolée diminue les possibilités dont dispose une personne de revendiquer de meilleurs services ou de se plaindre d'une situation d'abus.

L'environnement dans lequel se trouve une personne âgée, dans ce cas les milieux d'hébergement, est à l'origine d'une deuxième catégorie de facteurs de risque. Il a déjà été question de la perspective qui sous-tend l'organisation des services et de la pertinence de la remettre en cause. Il faut également s'interroger sur le mode de vie institutionnel fréquemment pointé comme une réponse qui accélère la perte d'autonomie des personnes âgées à cause d'un recours systématique à des moyens trop uniformes, pas toujours à la mesure de l'amplitude du problème de la personne, et qui peuvent avoir pour effet de faciliter la perte d'autonomie plutôt que de la contrer. De plus, ce mode de vie contribue à couper les liens avec la société et accentue ainsi la marginalisation des personnes âgées. Même en milieu d'hébergement, l'épuisement des personnes aidantes et l'incompréhension de phénomènes normalement liés au vieillissement, peuvent causer des négligences et des abus.

Une troisième catégorie de facteurs de risque, liée aux caractéristiques et à l'éducation de l'actuelle génération de personnes âgées, reste sans doute à l'origine d'une certaine pudeur devant l'éventualité de défendre ses droits et d'être alors considéré comme fauteur de troubles.

C·H·A·P·I·T·R·E Q·U·A·T·R·I·È·M·E

UNE PERSPECTIVE POUR DES SERVICES DE QUALITÉ

Tout au long de sa démarche, le Comité a cherché à donner l'image la plus conforme possible des situations d'abus et de négligence vécues et ressenties par les personnes âgées. Ces problèmes, tant dans la communauté que dans les milieux d'hébergement, doivent être examinés sur le plan de leur nature, mais également de leurs causes. C'est cet impératif qui a amené le Comité à resituer toute cette problématique dans la perspective, plus globale, de la place des personnes âgées dans notre société.

En effet, si à l'analyse plusieurs facteurs de risque ont été repérés et doivent être l'objet d'attention et de mesures précises, et c'est là la tâche du Comité, la discrimination fondée sur l'âge et la perspective sociale du vieillissement devront être remises en question pour éviter que les politiques en vigueur, ou à venir, ne contribuent à accentuer ou à maintenir l'âgisme. Il était également nécessaire pour le Comité de se donner une perspective qui fasse en sorte que ses recommandations ne s'adressent pas uniquement à une facette du problème mais l'abordent de manière suffisamment globale pour en permettre la prévention. Toutes ces considérations mènent le Comité à réaffirmer un principe relativement simple pour faire le choix de ses recommandations: **les personnes âgées sont des citoyens à part entière et à ce titre, elles ont les mêmes droits, privilèges et recours que tout citoyen**.

Sans nier le fait que l'âge peut s'accompagner d'une diminution des capacités psychiques ou physiques, diminution dont l'ampleur peut varier considérablement selon les individus, il est important d'éviter de considérer l'ensemble d'un groupe d'âge à partir d'une problématique qui ne touche qu'une partie de ses membres. Un exemple de ce type de généralisation est celui de la perception négative de l'état de santé des personnes âgées : alors que 83% des personnes âgées de 65 ans et plus ne sont en rien limitées dans leurs activités (*30*), on a presque tendance à considérer le vieillissement comme une maladie.

Par ailleurs, bien que toutes les personnes âgées ne soient pas également susceptibles d'être victimes d'abus, les mesures à prendre concernant celles qui le sont doivent s'inscrire en continuité avec le choix des moyens dont une société entend se doter pour assurer aux personnes âgées la place qui leur revient: au cours de son travail, le Comité a d'abord distingué l'ensemble des personnes âgées de celles qui sont vulnérables et susceptibles d'être victimes d'abus.

De même, pour être en mesure d'identifier correctement les divers paliers d'intervention et les recommandations qui devront y être adressées, le Comité a observé les personnes âgées vulnérables selon les divers milieux de vie possibles : la communauté et les établissements qui offrent des services d'hébergement. Dans les deux cas, des mesures pouvant contrer et prévenir des situations d'abus sont proposées.

Que ce soit dans la communauté ou en milieu d'hébergement, une partie des problèmes soulevés et des causes d'abus fait appel à l'élaboration de politiques destinées aux personnes âgées et, plus spécialement dans le cas des personnes âgées vulnérables, de celle visant la qualité des services de santé et des services sociaux. Il semble aux membres du Comité que de telles préoccupations gagneraient à être abordées d'une manière plus large qu'à partir de la seule problématique de l'abus. Par contre, trop élargir le débat risquerait de faire perdre de vue les solutions concrètes et immédiates. Cependant, parce que certaines causes d'abus ont une amplitude telle qu'il est impossible de s'y arrêter sans déborder la question de l'abus, l'âgisme par exemple, le Comité formule une série de recommandations qui visent la promotion et la revalorisation du troisième âge.

Par ailleurs, il est également impossible de proposer des recommandations concernant la prévention ou la correction de situations d'abus sans amorcer une réflexion sur certains aspects influençant indirectement la solution des problèmes relevés. En effet, d'une part, et cet aspect de la question a été détaillé au chapitre précédent,la qualité des services est mise en cause, et d'autre part, le réseau de la santé et des services sociaux doit être largement mis à contribution dans la réponse aux situations d'abus exercés à l'endroit des personnes âgées vulnérables. De plus, de cette réflexion qui doit être menée sur la qualité des services dépend directement l'élaboration de normes. Cette mesure, surtout lorsqu'on l'assortit à des mécanismes efficaces de contrôle de la qualité, est essentielle pour offrir aux personnes âgées une garantie quant aux services qui leur seront prodigués, et ceci, quel que soit leur milieu de vie, ou encore que l'établissement ou l'organisme chargé de dispenser ces services soit public ou privé.

Pour ces raisons, le Comité a jugé bon de faire précéder ses recommandations concernant les personnes âgées victimes d'abus par quelques propos sur la qualité des services et le contrôle de cette qualité.

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

L'importance de la qualité des services n'est pas à démontrer, cependant et particulièrement dans le cas des établissements qui offrent de l'hébergement, ce facteur influence directement la qualité de vie, tandis que pour les personnes âgées qui résident à domicile, la qualité des services peut accroître la possibilité de continuer à bien vivre chez soi.

Par ailleurs, le réseau de services doit être mis à contribution lors d'interventions auprès de victimes mais, également, pour le dépistage et la prévention des situations d'abus. En ce sens, l'amélioration des services peut permettre une intervention appropriée du réseau en matière de prévention de situation d'abus et d'aide aux victimes. Bien qu'ils soient sensibles au fait que l'évolution des besoins liés au vieillissement requiert une adaptation du réseau qui implique l'injection de ressources matérielles et financières, les membres du Comité sont cependant d'avis que cette adaptation exige d'abord le réajustement des objectifs et le choix de moyens plus axés sur l'ensemble des besoins des personnes âgées et moins prédéterminés par une tradition administrative d'abord préoccupée par les besoins physiques. En effet, les situations d'abus décrites témoignent, à plusieurs égards, de la difficulté d'adaptation du système socio-sanitaire aux nouveaux besoins.

Le Comité est d'avis que le Gouvernement du Québec devrait, et ceci dans de courts délais, **élaborer une politique d'ensemble** à l'égard des personnes âgées. Dans une telle perspective, le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait alors encadrer une planification qui assurerait non seulement la complémentarité des services de maintien à domicile et des services d'hébergement mais, également, la disponibilité dans une région ou une sous-région, d'une gamme de services.

Une telle **gamme de services** , en plus de la disponibilité de modes d'hébergement, qu'ils soient temporaires ou de longue durée, devrait pouvoir inclure :

- l'information sur les ressources disponibles;
- des mesures de répit aux familles;
- des services de garde à domicile;
- des centres de jour ou toute autre ressource qui contribue à maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie en leur assurant les services appropriés.

Par ailleurs, l'instauration d'une telle gamme de services devrait favoriser le développement d'une expertise gériatrique en milieu hospitalier de courte durée, l'élaboration de formules de dispensation de services spécialisés rejoignant les personnes dans leur milieu de vie, telles les équipes psychogériatriques ambulatoires. De même, il faudrait privilégier la mise sur pied de nouvelles formules d'habitation.

Selon le Comité, la planification de la gamme de services et son organisation devraient se faire sur une base régionale ou sous-régionale de manière à faciliter une meilleure connaissance des besoins et une réponse mieux adaptée aux caractéristiques des communautés qui sont les milieux de vie des personnes âgées.

Le Comité souligne que les nouveaux efforts déployés devraient viser à corriger les biais imprimés à l'organisation et à la dispensation des services par une prépondérance non souhaitable du modèle médical.

De plus, pour améliorer la qualité des services aux personnes âgées, le Comité est d'avis que le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait **inciter les établissements à obtenir l'accréditation** d'organismes susceptibles de leur offrir une **expertise d'évaluation** sur la qualité des services qu'ils dispensent.

Il serait bon de rappeler, une fois de plus, le principe qui devrait sous-tendre la détermination des objectifs et des moyens dans l'amélioration des services, soit **la prise en considération de l'ensemble des besoins des personnes âgées**.

Ce principe implique que des services de qualité soient **rapidement accessibles, continus, souples et complémentaires et, surtout, respectueux des droits des personnes âgées**. Des services correspondant à de telles orientations sont, selon le Comité, une condition essentielle pour favoriser l'autonomie des personnes âgées et améliorer leur qualité de vie, objectifs qui sont parmi ceux mis de l'avant par le document d'orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.*(31)*

Pour l'amélioration des services en général, l'application de ces orientations signifierait:

- en ce qui concerne **l'accessibilité**, une meilleure information sur l'ensemble des services existants, que ces services soient offerts dans la communauté, à domicile ou en milieu d'hébergement.

Le MSSS devrait accorder la priorité aux programmes d'information axés sur les besoins des personnes âgées et présentant les ressources et services qui sont à leur disposition de même que les moyens d'y avoir accès. Cette information devrait d'abord être pensée et donnée au niveau local en utilisant les moyens d'information courants de la communauté.

Il faut souligner que l'accessibilité dépend en grande partie de la présence suffisante des ressources. Par ailleurs, et spécialement pour favoriser l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées, l'accessibilité doit être associée à des objectifs de rapidité et de proximité. Dans le cas des services d'hébergement il faut accorder la priorité aux formules les plus en mesure de maintenir les liens entre la personne âgée et son entourage habituel;

- la **continuité** doit être assurée pour permettre que l'intervention évolue et reste adaptée quel que soit le milieu de vie de la personne ou le type de service requis.

  Une intervention continue contribuerait grandement à une utilisation plus appropriée des ressources, au moment opportun, et ainsi favoriserait le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

  Un moyen de plus en plus utilisé pour assurer la continuité de l'intervention est le plan de services individualisé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait favoriser l'implantation systématique d'une telle mesure dès les premières demandes formulées par une personne âgée pour des services à domicile ou des services d'hébergement.

  En plus de favoriser une utilisation plus cohérente des services, l'élaboration d'un plan de services individualisé éviterait les évaluations répétées ou encore empêcherait qu'une évaluation effectuée à un moment serve de base à l'ensemble de l'intervention, à différentes étapes de la vie de la personne;

- la **souplesse** et la **complémentarité** impliquent la diversification des services et particulièrement dans le cas de l'hébergement, la possibilité d'expérimenter et de développer de nouvelles formules de type moins institutionnel. Pour respecter de telles orientations il est donc essentiel de prévoir la présence d'une gamme suffisamment variée de services pour que ceux-ci soient souples, en mesure de s'adapter aux divers besoins des personnes âgées. Par ailleurs, le mode d'organisation instauré devra assurer la complémentarité de tels services et permettre de rejoindre la

personne dans son milieu, même pour la dispensation de services spécialisés tels que ceux offerts par les équipes de psychogériatrie ambulatoire.

De même, la souplesse et la complémentarité devraient inciter à reconnaître l'importance des ressources disponibles dans les milieux de vie des personnes : les familles, les bénévoles, les groupes d'entraide; favoriser leur utilisation, et donc amener le Ministère à prévoir des mesures de support aux familles et aux groupes d'entraide;

- des services **respectueux des droits des personnes âgées** impliquent que l'on soit attentif aux caractéristiques liées à l'ensemble de leurs habitudes de vie, leur âge, leur cheminement, leur appartenance culturelle, religieuse, etc. Cela implique également que l'on fasse en sorte de développer une meilleure connaissance du phénomène du vieillissement.

  Finalement, le respect des personnes âgées dans la dispensation des services implique aussi que l'on se donne des moyens d'évaluer et de contrôler la qualité des services. Certains mécanismes déjà existants, tels les comités de bénéficiaires, devront être renforcés alors que des recours supplémentaires seront à implanter.

  Il faut également rendre disponibles aux personnes âgées les moyens de connaître et de faire respecter leurs droits. Le service d'aide et d'accompagnement, déjà proposé par la politique de santé mentale de même que par les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, est un moyen à mettre à leur disposition.

Si chacun des moyens proposés vient garantir une retombée concrète pour chacune des orientations, il n'en reste pas moins que l'ensemble des moyens devrait être soumis aux exigences que supposent toutes les orientations. Le Comité suggère également que ces dernières devraient être considérées comme des fondements pour l'instauration de normes de qualité.

■ LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Avant même d'aborder le sujet des normes de qualité, une des questions qui doit se poser est celle de la responsabilité du contrôle de la qualité. Dans le cadre d'un mandat sur les abus exercés à l'endroit

des personnes âgées, et particulièrement dans le cas des personnes qui sont dans un état de vulnérabilité psychique, cette question rejoint les mandats du ministère de la Santé et des Services sociaux quant à la protection sociale et à la distribution des services et par conséquent, touche les rôles et responsabilités de l'État.

Au cours des deux dernières décennies, par le biais du financement public, l'accès aux services de santé est devenu universel et gratuit et l'État, graduellement, est devenu le principal dispensateur de ces services. Cependant, les réalités économiques et certains doutes quant aux effets néfastes d'une prise en charge trop importante de la part de l'État ont fait surgir des questionnements sur la pertinence de la dispensation exclusive des services par l'État. Depuis quelque temps, le fait que le secteur privé, tant à but lucratif que non lucratif, revendique plus de responsabilités impose une redéfinition de certaines règles.

Dans le cas des services offerts aux personnes âgées, le secteur de l'hébergement mais aussi, de plus en plus, celui du support à domicile ont été investis par le secteur privé. Ce phénomène pose doublement la question de la responsabilité de l'État sur la qualité des services. Doublement parce que le fait que l'État soit lui-même dispensateur de services, par le biais du financement public, ne signifie pas pour autant que le seul type de contrôle qu'il soit tenu d'exercer soit financier. En effet, si la prise en charge publique du financement poursuit un objectif d'accessibilité à des services, il semble que l'on ait conclu que l'État devenait d'office dispensateur et en même temps, que l'on se contente de plus en plus d'un contrôle financier.

Or, et particulièrement lorsqu'il est question «d'agréer les résidences et les établissements privés autofinancés qui satisferont aux exigences relatives à la qualité des services offerts aux personnes âgées hébergées» *(32)*, la question des modalités de contrôle de la qualité des services se pose.

■ Un système de contrôle qui vise tous les détenteurs de permis

Quelle que soit la formule choisie par l'État pour assurer la dispensation des services, la responsabilité de vérifier que ces services sont conformes aux objectifs de santé lui incombe. Le comité est d'avis que les secteurs privés et publics devraient être tenus aux mêmes normes de qualité en fonction des clientèles desservies.

Bien que les directions générales des établissements qui sont chargés d'offrir ces services soient les premières responsables

de leur qualité et les plus en mesure de les évaluer, il n'en reste pas moins que la responsabilité finale demeure celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui octroie les permis. Le fait que l'établissement soit public ou privé ne modifie en rien cette responsabilité puisque l'attribution d'un permis équivaut à la reconnaissance par l'État des capacités d'individus ou de ressources d'offrir des services de qualité. Le fait qu'un établissement soit public ou privé réfère à son mode de financement cependant; le permis qu'il détient réfère, pour sa part, à des normes auxquelles les services doivent être conformes.

L'instauration d'un système de contrôle de la qualité implique avant tout de s'assurer que les objectifs assignés aux établissements soient rencontrés. Plutôt qu'un système central lourd ou encore l'émission de règles et règlements, un contrôle de la qualité signifie la définition de normes. Par ailleurs, pour assurer l'efficacité du contrôle, il est nécessaire de prévoir un mécanisme fiable, convaincant et crédible, suffisamment performant pour minimiser les risques de contestations simplement opportunistes ou dilatoires.

De plus, un tel mécanisme devrait laisser place à la prise en compte d'informations fournies par des tiers et pouvoir recueillir des informations provenant de comités de bénéficiaires, d'intervenants, de corporations professionnelles, des systèmes de plaintes des services de santé et des services sociaux d'une région de même que d'organismes externes d'évaluation.

■ La surveillance des activités sanitaires et le repérage d'activités illégales

La mise en place et le bon fonctionnement d'un mécanisme de contrôle de la qualité devrait avoir pour effet de réduire les activités illégales à une proportion marginale.

Jusqu'à présent, l'usage qu'a fait le ministère de la Santé et des Services sociaux des mesures législatives de contrôle a semblé démontrer que celles-ci sont mal adaptées et ne permettent pas de réaliser la mission du Ministère.

Bien que l'attribution et l'annulation d'un permis soient réglementées, il s'avère dans les faits très difficile de retirer un permis. En effet, les normes inscrites dans les règlements sont très imprécises en matière de qualité des services et l'invocation du seul intérêt public s'est avérée, jusqu'à maintenant, relativement inefficace.

Il faut également noter que les limites de l'intervention du Ministère auprès d'un établissement sont liées à la fois aux motifs invoqués et à l'existence d'un droit d'appel auprès de la Commission des affaires sociales. Ce droit d'appel du détenteur de permis donne la possibilité de surseoir à l'exécution de la décision de relocalisation de la clientèle. **Les dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devraient donc être révisées pour permettre la surveillance adéquate des activités sanitaires et la cessation des activités illégales.**

Par ailleurs, bien que la Loi sur les services de santé et les services sociaux autorise l'inspection «à tout moment raisonnable» et en tout lieu, les ressources dont dispose le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui doivent également s'assurer de la qualité des services dans le secteur public et privé conventionné, ne suffisent pas à la tâche.

De plus, peu de moyens sont disponibles pour faire respecter les recommandations du Ministère: les propriétaires des ressources sont souvent prévenus de la visite des fonctionnaires; lorsqu'une amende est donnée, la somme en est généralement dérisoire. S'il s'avère que l'état de santé des personnes hébergées dans une résidence est tel que l'intervention du Ministère amène à devoir relocaliser la clientèle (ce qui, à toutes fins pratiques, est le seul réel moyen d'action), la lourdeur administrative, l'engorgement des services et le manque de places adéquates disponibles feront qu'il faudra plusieurs mois pour compléter la démarche. N'oublions pas qu'il s'agit là de personnes dont l'état de santé est déjà passablement détérioré.

Par ailleurs, le Comité tient à souligner qu'une réflexion sur les objectifs de contrôle et les moyens de les atteindre, devrait précéder toute adaptation des textes législatifs et des règlements.

C·H·A·P·I·T·R·E· C·I·N·Q·U·I·È·M·E

LES MESURES VISANT À PRÉVENIR ET À CONTRER LES SITUATIONS D'ABUS

Les recommandations formulées concernant la prévention et la correction d'abus exercés à l'endroit des personnes âgées respectent le principe adopté par le Comité: la personne âgée est citoyenne à part entière. D'autre part, plusieurs mesures sont proposées pour contrer l'effet de certains facteurs de risque tels que les diminutions des capacités cognitives ou physiques que connaissent certaines personnes âgées ou encore l'épuisement des personnes aidantes.

Une partie des recommandations interpelle directement le réseau de la santé et des services sociaux alors que d'autres font appel à des actions multisectorielles. En effet, il faut s'assurer que les réponses offertes à un tel problème ne restent pas limitées à un seul secteur, d'une part parce que cela pourrait se traduire par une médicalisation ou une judiciarisation excessives et que, d'autre part, ce problème concernant l'ensemble de la société, il faut faire en sorte que les divers secteurs qui la composent participent à la recherche de solutions. Ainsi, peut-être, les mesures proposées seront-elles suffisamment diversifiées pour rejoindre l'ensemble des facteurs en cause dans les situations d'abus exercés à l'endroit des personnes âgées.

Le Comité a donc choisi de ne pas proposer de mécanismes spécifiques pour assurer le respect des droits des personnes âgées. Il a plutôt cherché à utiliser des moyens déjà existants ou à adapter certains services. Plutôt que de créer une loi de protection des personnes âgées, le Comité croit qu'il sera plus efficace de miser sur les ressources du milieu et de maximiser leur potentiel. Les principaux intéressés, soit les personnes âgées, leurs proches et les intervenants qui oeuvrent déjà auprès d'elles, doivent pouvoir disposer de moyens qui facilitent leur action lorsqu'ils tentent de prévenir ou de contrer des situations d'abus. De plus, les situations d'abus pouvant se rencontrer dans tous les milieux de vie, un recours spécifique en ce qui concerne les abus, bien qu'essentiel, ne pourrait à lui seul s'avérer en mesure de prévenir ou contrer les différents problèmes. C'est pour cette raison que le Comité propose l'aménagement de divers programmes déjà existants, les services de maintien à domicile, par exemple, mais également la création d'un système régional de prévention et de correction des abus.

Les orientations proposées pour l'amélioration des services de santé et des services sociaux sont reprises ici et ont mené au choix de différents moyens tels que le service régional de prévention et de correction des abus, l'utilisation du plan de services individualisé, les mesures de répit aux familles qui ont à charge une personne âgée en perte d'autonomie. Cependant, comme pour l'ensemble de l'amélioration des services qui nécessite un changement des mentalités et une

évolution des connaissances, toutes les mesures préconisées devront être appuyées par des efforts concrets sur les plans de la formation et de la recherche.

Une deuxième série de recommandations a trait aux actions à entreprendre pour valoriser les personnes âgées et ainsi s'attaquer à l'une des principales causes d'abus : l'âgisme.

TABLEAU 6

Solutions proposées

	PRINCIPE GUIDANT L'ACTION	ACTION	SOLUTIONS PROPOSÉES
Mesures visant à prévenir ou contrer les situations d'abus	Une personne âgée est citoyenne à part entière et bénéficie des mêmes droits que tous	Nouveaux moyens à mettre en place et utilisation des ressources disponibles	• Dépistage • mise en place d'un service de prévention et de correction des situations d'abus; • utilisation du plan de service individualisé; • accessibilité à une gamme complète de services, dans chaque région; • formation et perfectionnement des intervenants; • recherche.
L'exercice des droits et le règlement des conflits		Aide et accompagnement pour faire valoir ses droits	• Service régional d'aide et d'accompagnement; • service d'aide juridique.
		Informer les personnes de leurs droits, faciliter l'accès aux recours et ressources existants	• Service de prévention et de correction des situations d'abus; • mise en application des politiques en matière de violence familiale.
		Assurer le contrôle de la qualité des services	• Renforcer les mécanismes internes de contrôle de la qualité; • élargissement du mandat du Protecteur du citoyen.
	«Favoriser l'autonomie des personnes âgées et améliorer leur qualité de vie» (Orientations)	Élaboration d'une politique gouvernementale à l'égard des personnes âgées	
	La prise en considération de l'ensemble des besoins	Révision de la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux	

Tableau 6 (suite)

	Services: accessibles, souples et complémentaires et respectueux des droits des personnes âgées	Amélioration de la qualité des services	• Mise en place d'une gamme de services et d'un mode de planification régionalisés; • accréditation des établissements par un organisme pouvant offrir une expertise d'évaluation sur la qualité des services.
Mesures visant le réseau clandestin d'hébergement		Contrôle de la qualité des services	• Un système de contrôle qui vise tous les détenteurs de permis; • surveillance des activités sanitaires et repérage d'activités illégales.
		Assurer un suivi auprès des personnes	• Le plan de services individualisé.
		Actions multisectorielles	• Rendre obligatoire l'obtention annuelle d'un permis municipal pour ouvrir et maintenir en opération une maison de chambres; • normes et respect des normes régissant les baux de chambres, diffusion d'information sur les droits des locataires de chambres.
Mesures visant la revalorisation des personnes âgées	Les personnes âgées sont loin d'être toutes vulnérables, la majeure partie d'entre elles est très en mesure de faire valoir ses droits. Cependant, les membres du 3e âge sont, dans l'ensemble, victimes de préjugés fondés sur l'âge qu'il importe d'enrayer	Programme d'information	• Programme d'information amorcé par une campagne de sensibilisation.
		Création d'un Conseil des Aînés	• Donner aux personnes âgées une place dans la structure gouvernementale pour que, et particulièrement pour les secteurs qui les concernent, elles puissent être partie prenante aux décisions, être consultées et ainsi faire valoir leur point de vue puisque ce sont elles qui connaissent le mieux leurs besoins.

L'UTILISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau des services de santé et des services sociaux est loin d'être seul en cause lorsqu'il s'agit de dépistage et d'intervention auprès de personnes âgées victimes d'abus. Cependant, dans la communauté et dans le réseau d'hébergement, tant public que privé, les ressources de ce réseau sont souvent mises à contribution et ceci de façon systématique, que ce soit lors de demandes de placement, ou encore par le biais des services de maintien à domicile, des services hospitaliers, etc.

De plus, dans le cas de personnes âgées vulnérables, l'intervention du réseau de la santé et des services sociaux se double d'un mandat de protection sociale. Compte tenu de ces mandats et des rôles joués par les différents intervenants du réseau, il faut se soucier de tirer le meilleur parti de ses expertises et de ses ressources.

Le dépistage

C'est d'abord en ce qui concerne le dépistage que les équipes oeuvrant au maintien à domicile ou également dans les services d'urgence des hôpitaux doivent être mises à contribution. Il ne faut pas non plus négliger le rôle prépondérant que peuvent jouer, à ce titre, les omnipraticiens en cabinet privé qui demeurent des intervenants de première ligne auprès des personnes âgées. Il est donc nécessaire de **développer la perception du personnel médical et social** (équipe de travail multidisciplinaire, tables rondes, sessions mensuelles d'orientation pour le personnel de l'urgence de l'hôpital et celui de l'unité de gériatrie et pour les organismes communautaires) ainsi que **la compréhension du problème** pour ainsi maximiser la participation de ces intervenants à la résolution des problématiques d'abus.

Dans cette perspective, l'utilisation d'un **guide d'intervention et de dépistage des situations abusives ou à risque** devrait être rendue systématique pour permettre le dépistage dans la communauté mais également en milieu d'hébergement.

Un protocole d'expertise pourrait être utilisé lorsque des situations d'abus se présenteront. À cette fin, le Comité recommande:

que le MSSS assure l'élaboration d'un protocole d'expertise et d'un guide de questions à poser aux clients, afin d'assister les intervenants dans l'identification des situations abusives.

Le protocole devrait permettre :

- l'évaluation du degré de fonctionnement et d'autonomie;
- l'examen physique;
- l'entrevue de la personne abusée ou susceptible de l'être;
- la prise de contact avec les proches, c'est-à-dire avec des personnes de l'entourage immédiat de la victime, lorsque cela s'avère pertinent.

Par ailleurs, il est également important de disposer d'un service qui permette aux personnes âgées elles-mêmes, aux personnes de la communauté et aux aidants naturels d'exercer une vigilance et d'obtenir de l'information et de l'aide lorsqu'une situation d'abus a été détectée.

Le service de prévention et de correction des situations d'abus

Dans le cas de situations d'abus exercés à l'endroit de personnes âgées, il est particulièrement important de faciliter l'accès aux services de façon à favoriser le dépistage qui peut être effectué par l'ensemble des personnes qui composent l'environnement immédiat: voisins, parents, amis, intervenants. Il faut aussi encourager des solutions qui maintiennent, autant que possible, les liens avec le milieu habituel de vie de la personne âgée, et donc rendre accessible une expertise qui permette que les personnes ayant déjà un rôle à jouer auprès de la personne puissent, lorsque la situation le permet, être celles qui interviennent pour prévenir ou contrer un cas d'abus.

C'est pour répondre à ces besoins que le Comité recommande:

que le MSSS s'assure de la mise en place, dans chaque région ou sous-région, d'un service de prévention et de correction des situations d'abus.

Utilisé à la fois par les personnes âgées, les intervenants et les divers organismes oeuvrant auprès de personnes âgées, ce service devra assurer, pour contrer et prévenir les situations d'abus, une réponse rapide et une utilisation coordonnée des services existants, ou mis en place spécialement.

Un tel service pourra être utilisé soit à des fins de consultation par les intervenants, les personnes âgées, etc., ou encore intervenir directement ou, selon les circonstances, référer. Ce service devra donc offrir de l'information sur les ressources existantes, voire assurer leur disponibilité. Des liens privilégiés devront être établis avec diverses ressources, entre services existants dans le réseau et dans la communauté, pour accélérer l'accès à ces services (hébergement temporaire, maisons de femmes, programmes d'aide aux conjoints violents) ou encore pour adapter un service existant (l'urgence sociale d'une région, les équipes de psychogériatrie) aux exigences d'une réponse adéquate aux situations d'abus vécues par les personnes âgées.

Dans cette perspective, il faut noter que les politiques en matière de violence conjugale: «Une politique d'aide aux femmes violentées» *(ministère de la Santé et des Services sociaux) (33)* et «Politique d'intervention en matière de violence conjugale» *(ministère de la Justice et ministère du Solliciteur général) (34)* préconisent des moyens actifs de dépistage et de dénonciation (qui s'appliquent

également dans le cas des femmes âgées violentées par leur conjoint). Il sera donc nécessaire de prévoir la concertation et le suivi régional et d'assurer ainsi l'application de cette politique dans l'ensemble des régions du Québec.

En utilisant des ressources existantes ou en en ajoutant certaines au besoin, ce service régional devrait coordonner la disponibilité et l'accès à des services pouvant assurer:

- l'intervention auprès de victimes d'abus;
- la référence et l'orientation vers les services appropriés;
- un service téléphonique 24 heures sur 24;
- la disponibilité de places d'hébergement temporaire.

Le service régional ne sera certes pas le seul recours des personnes âgées victimes d'abus. Les intervenants et les proches oeuvrant auprès de ces personnes resteront les premiers concernés. Cependant ce service est une sorte de pierre angulaire offrant à la fois de l'information et des ressources et pouvant donc maximiser l'utilisation du réseau de santé et de services sociaux, des services policiers et de la communauté pour prévenir et contrer les abus exercés à l'endroit des personnes âgées.

1) L'intervention auprès de victimes d'abus

À l'échelle locale (ou régionale, selon le besoin), il faudra soit mettre en place ou former **une équipe d'intervenants dont l'expertise est axée prioritairement sur l'abus aux personnes âgées** (travailleur social, infirmière, médecin, psychologue, etc.) soit encore avoir recours aux équipes de psychogériatrie déjà en place. Les intervenants de l'équipe peuvent provenir de plus d'un établissement et la responsabilité de constituer l'équipe incombe à la région (ou à la sous-région). Cette équipe doit être entraînée à reconnaître les symptômes d'abus et de négligence, à l'identification des besoins des personnes âgées abusées et à l'intervention en situation de crise.

L'intervention peut se faire directement auprès de la personne âgée lorsque la gravité du cas l'exige, mais devrait plus souvent prendre la forme d'une expertise permettant un appui aux intervenants ou aux proches déjà en relation avec la personne, de façon qu'ils puissent mener à bien l'intervention ou les démarches requises.

L'intervention indirecte

Dans certains cas et en particulier lorsque le client refuse obstinément toute intervention, il est rarement possible d'effectuer une intervention directe. Dans ce genre de situation, il reste à effectuer une intervention indirecte qui consiste principalement à rapporter et à référer le cas à un professionnel ou à un autre organisme qui pourra éventuellement suivre le dossier et, si nécessaire, recourir à une option judiciaire.

2) La référence et l'orientation vers les services appropriés

Un tel mandat implique, bien sûr, la disponibilité de l'information au sujet de l'ensemble des ressources pouvant être utiles dans la réponse à offrir à une personne âgée victime d'abus, à ses proches ou à des intervenants ou des membres de la communauté ayant dépisté une situation d'abus.

Par ailleurs, dans certains cas, une référence et un suivi devront être assurés pour que la personne âgée ou ses proches puissent avoir accès aux services requis : service d'aide et d'accompagnement régional, services policiers, centres d'aide aux victimes d'actes criminels, programmes d'aide aux conjoints violents, aux agresseurs et aux abuseurs, mesures de répit aux familles et divers services offerts par des organismes communautaires.

Des ententes devront être négociées et les comités d'admission sensibilisés, pour faire en sorte que l'accès aux services d'hébergement ou de maintien à domicile soit accéléré dans les cas où une personne âgée est victime d'abus ou dans une situation où elle est susceptible de l'être.

3) Un service téléphonique 24 heures sur 24

Pour assurer l'accès rapide au Service régional et permettre une première réponse aux demandes d'information ou d'aide de la part des personnes âgées, de leurs proches ou d'intervenants aux prises avec des situations d'abus ou qui en sont témoins, chaque région doit être dotée d'un service téléphonique fonctionnant 24 heures sur 24. Certaines ressources telle l'urgence sociale 24/7 des CSS, qui fonctionne déjà à l'échelle provinciale de même que dans certains CLSC, pourraient être utilisées.

Il est important que le numéro de téléphone donnant accès à ce service soit clairement identifié comme une réponse aux situations d'abus, ceci même s'il s'agit d'un service utilisé également à d'autres

fins, comme Info-santé. Ce numéro devra être largement diffusé, de telle sorte que les personnes âgées trouvent facile d'y recourir et n'hésitent pas à le faire.

4) La disponibilité de places d'hébergement temporaire

Lorsqu'il s'avère nécessaire d'assurer à une personne âgée victime d'abus l'accès à un endroit plus sécuritaire, le réseau d'hébergement temporaire doit être mis à contribution. Les comités régionaux d'admission devront donc accorder la priorité aux cas d'abus et garantir la disponibilité d'un certain nombre de places de façon à assurer un hébergement adapté aux besoins de personnes âgées victimes d'abus.

Ces places, réparties dans différents établissements en fonction des besoins régionaux quant aux problématiques d'abus, seront réservées aux personnes référées par le service régional.

Le plan de services individualisé

Le plan de services individualisé est un moyen de plus en plus utilisé pour assurer la continuité de l'intervention. Son utilisation devrait tendre à se généraliser pour toutes les personnes âgées qui requièrent des services continus. Le Comité recommande donc:

que l'élaboration du plan de services individualisé soit rendue obligatoire dans le cas de toute personne âgée, aux prises avec des diminutions cognitives ou physiques la rendant dépendante de son entourage, et qui fait une demande de service au réseau de la santé et des services sociaux.

Une telle obligation serait créée dès que la personne, ou ses proches, solliciterait un service continu, que ce soit à domicile ou dans une résidence privée avec ou sans permis. Cette obligation serait maintenue même en milieu d'hébergement.

L'instauration d'un tel moyen, en plus d'assurer une progression de l'intervention conforme à l'ensemble des besoins d'une personne âgée, permettrait de faciliter et de suivre le cheminement de cette personne et de vérifier qu'elle obtienne une réponse adéquate quel que soit son milieu de vie. Aussi, même si une personne choisissait de vivre dans une résidence qui ne possède pas de permis, le plan de

services devrait être maintenu et le suivi assuré. Ce plan pourra également faciliter les changements de milieu de vie que pourrait avoir à effectuer une personne.

Sans que cela signifie pour autant que le Ministère ait à dispenser directement les services requis par l'état de santé d'une personne, il serait alors possible de s'assurer qu'elle reçoit bien des services conformes à ses besoins et ainsi, de prévenir des situations pouvant favoriser des abus en raison de l'épuisement des proches ou de l'accroissement du seuil de vulnérabilité d'une personne âgée.

L'utilisation de la gamme de services pour prévenir et contrer les situations d'abus

Outre le plan de services individualisé, élément essentiel pour permettre qu'une personne utilise au mieux les ressources disponibles, il faut assurer la disponibilité de services suffisamment diversifiés et souples pour permettre une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées. La présence de cette gamme est un atout majeur pour prévenir et contrer les situations d'abus, plusieurs des services qui devraient exister normalement dans chacune des régions pouvant être utilisés ou adaptés à cette fin. Les considérations qui sont formulées ici concernent les ajustements nécessaires pour faire en sorte que les divers types de services à rendre disponibles par le biais de la gamme de services offrent une réponse adaptée aux situations d'abus. Cependant, pour le Comité, la nature des mesures à prévoir implique d'abord une préoccupation constante pour cette problématique dans l'organisation régionale des services plutôt que des recommandations très ponctuelles et exclusives à un type de moyens.

Le soutien aux personnes âgées à domicile

La peur du crime, l'isolement et l'insécurité étant très présents chez les personnes âgées, les intervenants oeuvrant en milieu communautaire pourraient être associés aux organismes policiers et contribuer à **diminuer la victimisation**, qui constitue un problème social de plus en plus important, compte tenu du vieillissement de la population.

De plus, ces intervenants, par le biais de collaborations avec divers groupes de personnes âgées, devraient sensibiliser les personnes âgées aux moyens à prendre pour assurer leur protection personnelle contre le vol et la fraude.

Ils pourraient également s'assurer de **l'amélioration de la fonctionnalité du domicile** de la personne âgée dépendante pour le rendre plus sécuritaire et ainsi permettre à celle-ci une plus grande mobilité à l'intérieur de son milieu de vie.

Les intervenants travaillant auprès des personnes âgées à domicile devront donc être mis à contribution pour diminuer la peur du crime chez les personnes âgées de même que pour rendre ces dernières plus en mesure de prévenir ou de contrer d'éventuelles situations d'abus. À cette fin, le Comité recommande:

que soient rendus disponibles, par le biais des programmes de maintien à domicile, des programmes de formation et de subvention dispensés directement aux personnes âgées ou à des groupes d'entraide et qui:
– visent à diminuer la victimisation;
– informent sur les mesures à prendre;
– informent sur les recours disponibles.

Des mesures devront être mises de l'avant pour **amener la communauté** à contribuer aux efforts fournis par les services formels, en mettant à contribution le réseau des aidants naturels (facteur, concierge, médecin, ami, voisin, etc.). La participation conjointe des intervenants formels et des aidants naturels devrait permettre une utilisation maximale des ressources disponibles.

Le soutien aux familles

Parmi les divers services à prévoir pour chaque région, certains auront beaucoup d'influence dans la prévention des situations d'abus. L'épuisement de la personne aidante se trouve en tête de liste des facteurs de risque. C'est pourquoi le Comité recommande:

que des mesures de répit soient rendues prioritairement accessibles aux familles qui ont charge d'une personne âgée en perte d'autonomie.

Ces mesures pourraient se traduire par des places en centre de jour, des places d'hébergement de court terme ou encore par la disponibilité de services de garde à domicile. Ces différentes formes de répit pourront prévenir l'épuisement des familles et les soutenir dans leur démarche d'aide et de soins à offrir à la personne âgée.

De plus, des mesures doivent être adoptées pour que les personnes âgées et leur famille soient mieux informées du processus de vieillissement et des besoins qui lui sont associés. C'est pourquoi le Comité recommande:

que le MSSS veille à ce que soit développée une expertise psychosociale de support aux familles à risque et qu'il assure l'accès à des services de counseling de même qu'à des programmes de formation.

Il faut favoriser l'enseignement de techniques de soins personnels aux personnes âgées dépendantes, afin qu'elles puissent s'aider au maximum et réduire la pression exercée sur le soignant.

Les familles soignantes doivent avoir accès à de l'information et à de la formation sur le processus de vieillissement, sur les soins spécifiques à apporter aux personnes âgées de même que sur les ressources existantes.

Ces informations peuvent être données à des groupes de familles soignantes ou de façon individuelle et adaptées aux exigences d'une situation donnée. L'élaboration de tels programmes devrait être prévue dans les gammes régionales de services.

■ Le soutien aux groupes d'entraide

Dans le cas des personnes âgées vivant à domicile, divers groupes d'entraide ont un rôle majeur, qui peut s'étendre de la diminution de l'isolement jusqu'à une aide très précieuse auprès de personnes victimes d'abus, en passant par des services de transport ou d'accompagnement de personnes âgées lors de démarches qui sont pour elles parfois très ardues.

Les familles qui ont la charge d'une personne âgée trouvent souvent chez les groupes d'entraide des ressources permettant de mieux vivre des situations exigeantes ou même de se voir offrir certaines informations et expertises sur des sujets qu'en d'autres lieux, elles n'auraient peut-être pas pu aborder.

Par exemple, les familles qui ont à leur charge des personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer trouvent auprès de tels groupes une forme d'aide qui n'est disponible nulle part ailleurs. Les groupes d'entraide peuvent également s'avérer un excellent moyen d'adapter divers services aux particularités de certaines personnes. Dans le cas de membres de communautés culturelles pour lesquelles les services sont difficilement accessibles dans la langue d'origine, des ententes avec des groupes d'entraide pourraient permettre d'offrir des

services de traduction ou d'autres services susceptibles d'améliorer l'intervention.

Compte tenu des multiples facettes du rôle des groupes d'entraide et de l'importance de ceux-ci comme support offert par les communautés aux personnes âgées ou aux familles qui en ont soin, le Comité considère essentiel:

de favoriser la mise sur pied de groupes d'entraide pour les personnes âgées et de fournir un support à ces groupes d'entraide en rendant possible l'accès à des expertises et à un support technique ou encore à certaines facilités matérielles telles que des prêts de locaux.

De même, le Comité considère qu'il faut favoriser la mise sur pied de groupes de support et d'entraide pour les personnes qui gardent un parent âgé dépendant à domicile et rappelle le rôle et le mandat des CLSC à ce titre.

■ Les services d'hébergement

Tout comme c'est le cas pour l'ensemble des services offerts aux personnes âgées, les services d'hébergement doivent continuer à être bonifiés. Le Comité a déjà détaillé les points qui sont à retenir pour poursuivre l'amélioration de tels services.

Cependant, plusieurs mesures précises doivent être proposées pour que les situations d'abus soient prévenues ou contrées en milieu d'hébergement.

La recherche effectuée pour le Comité sur les moyens existants pour prévenir ou contrer les abus a permis d'identifier dans ces milieux, les moyens qui seraient jugés les plus appropriés à cette fin. Les codes d'éthique, les rencontres avec les familles et les mécanismes de dépistage sont parmi les moyens retenus. Le Comité a déjà formulé une recommandation concernant les mécanismes de dépistage. Cependant, il juge opportun d'ajouter les recommandations suivantes:

que l'élaboration d'un code d'éthique soit rendue systématique dans les établissements qui offrent des services d'hébergement aux personnes âgées. Une telle élaboration doit se faire avec le personnel en cause;

que des programmes structurés d'information soient offerts systématiquement aux personnes âgées et à leur famille sur les droits et les recours existants, par les établissements qui offrent de l'hébergement.

Par ailleurs, le Comité juge essentiel que les comités de bénéficiaires puissent jouer leur rôle de défenseurs et promoteurs des intérêts des bénéficiaires. Pour cette raison, le Comité recommande que soit retenue la proposition formulée dans le document d'orientations du MSSS *(32)* et que les comités, dorénavant, soient:

composés de cinq membres, soit deux bénéficiaires ou deux représentants de bénéficiaires, un parent ainsi que deux bénévoles actifs auprès des bénéficiaires de l'établissement concerné, et qu'ils fassent rapport de leurs activités devant le conseil d'administration.

De plus le Comité aimerait attirer l'attention sur l'importance de prévoir une phase d'intégration pour les personnes qui sont nouvellement arrivées dans un milieu d'hébergement.

La formation et le perfectionnement

Les services offerts aux personnes âgées ne font pas exception à la règle: leur qualité et leur amélioration sont tributaires des intervenants qui les dispensent. C'est pourquoi il faudrait que des critères de sélection du personnel plus exigeants soient utilisés : formation adéquate, intérêt marqué, aptitudes à travailler auprès des personnes âgées... De même, le Comité considère la formation et le perfectionnement comme des conditions indispensables pour assurer aux intervenants l'acquisition et le développement des compétences leur permettant d'assurer de meilleurs services, de prévenir et de contrer des situations d'abus.

Le Comité juge d'une importance primordiale que des programmes de formation en cours d'emploi soient disponibles à tous les intervenants et permettent la mise à jour en ce qui concerne les problématiques du vieillissement, les abus, les instruments (moyens) de dépistage et les nouvelles ressources. De tels programmes devront être adaptés aux exigences des différentes pratiques professionnelles et rejoindre les priorités suivantes:

- le dépistage des cas d'abus;

- la connaissance des ressources disponibles et des modes d'intervention adéquats pour prévenir ou contrer les situations d'abus.

Par ailleurs, en ce qui concerne le **perfectionnement** des intervenants qui oeuvrent auprès des personnes âgées, le Comité a repéré deux problèmes majeurs:

- le contenu des programmes n'est pas toujours conforme aux besoins des intervenants et les modalités de dispensation sont trop éloignées des lieux de pratique;

- les intervenants ont de la difficulté à avoir accès aux programmes de formation parce que les budgets de remplacement sont peu disponibles.

Tout d'abord, pour améliorer l'adéquation entre les programmes de formation continue et les besoins des intervenants, le Comité propose **la mise en place d'un processus de consultation** qui identifierait :

- les besoins;
- les modalités à privilégier selon les divers types d'intervenants;
- les priorités à établir.

Cette consultation pourrait être menée par un nombre égal de représentants des syndicats, des associations d'établissements et des ministères concernés *(MSSS, MEQ, MESS)* qui auraient comme mandat de consulter leurs membres sur leurs besoins de formation. Les résultats de la consultation seraient acheminés au MSSS qui verrait à donner suite aux recommandations.

Par ailleurs, le problème de la disponibilité et de la répartition du financement se traduit le plus souvent par une difficulté très nette pour les intervenants d'être remplacés de façon ponctuelle et pour de courtes périodes. Or, c'est de façon ponctuelle et sur de courtes périodes que les programmes de perfectionnement sont généralement dispensés.

Cependant, pour être à même de solutionner le problème, c'est le fondement même de la répartition budgétaire qui devrait être remis en question. Le mode actuel de répartition fait en sorte que les fonds ne sont pas accessibles à l'ensemble des intervenants, que les enveloppes budgétaires sont éparpillées entre diverses instances qui ont toutes des règles différentes de redistribution.

De plus, la répartition ne prévoit pas de protection de budget pour les intervenants qui oeuvrent auprès de personnes âgées, et leurs besoins ne sont pas nécessairement considérés prioritaires dans l'ensemble des demandes.

Pour régler ce genre de problèmes, plusieurs hypothèses ont été avancées :

- rapatrier toutes les sommes allouées à la formation et les redistribuer directement aux établissements, selon un pourcentage sous forme de budget protégé (assorti d'un minimum et d'un maximum pour éviter les inéquités entre petits et gros établissements);

- rapatrier toutes les sommes mais les redistribuer régionalement en respectant les besoins exprimés à ce palier.

Dans le cas où un rapatriement serait impossible, il reste concevable d'indiquer au comité paritaire qui répartit les sommes certaines priorités devant être respectées lors des allocations. C'est pourquoi le Comité recommande:

que les associations patronales et syndicales ainsi que les comités paritaires prévus aux conventions collectives fassent en sorte que l'allocation des budgets de formation pour les trois prochaines années soit faite prioritairement en faveur des intervenants oeuvrant directement auprès des personnes âgées.

Le Comité, devant le rôle prépondérant des omnipraticiens en tant qu'intervenants de première ligne, souligne que les mêmes priorités de perfectionnement devraient être adoptées par la Corporation professionnelle des médecins du Québec. De plus, la formation de base des médecins devrait assurer une acquisition de connaissances proportionnelle à l'importance de la clientèle âgée mais également respectueuse de l'ensemble des besoins des personnes âgées et des caractéristiques liées à leur âge.

De même, la formation de base prévue pour l'ensemble des intervenants doit intégrer des connaissances adéquates sur le processus de vieillissement, de même que sur la problématique des abus, les modes d'intervention et l'utilisation des réseaux de ressources.

La recherche

Le Comité, confronté à la difficulté de se documenter sur la situation des abus, ne peut que constater qu'il n'existe que peu de recherche sur ce sujet et peu d'outils méthodologiques adéquats. Cependant, pour ne pas dissocier la problématique de l'abus du contexte global qui en permet une compréhension adéquate, le Comité considère important de continuer à développer une expertise concernant toute la question du vieillissement.

Le Comité recommande donc:

que le MSSS et les principaux organismes subventionneurs (CQRS, FRSQ) incluent dans leurs priorités de recherche pour les prochaines années les thèmes suivants:

- **l'ampleur des abus exercés à l'endroit des personnes âgées;**
- **l'évaluation des modalités d'intervention et des ressources;**
- **l'élaboration de moyens efficaces pour informer les personnes âgées;**
- **l'adéquation entre les valeurs des personnes âgées et les modes de dispensation des services;**
- **la concertation intergénérationnelle et l'utilisation optimale dans la société des acquis, des expériences et des potentialités par les personnes âgées;**
- **l'impact de la surinstitutionnalisation et de la surmédicalisation.**

Il serait important de mieux se documenter sur tout ce qui concerne les abus matériels dont sont plus spécialement victimes les personnes âgées. Le Comité recommande:

que l'Office de la protection du consommateur entreprenne des recherches sur certains types de fraudes commises à l'endroit des personnes âgées et sur certains éléments qui pourraient en être la cause. Les thèmes suivants doivent être considérés comme prioritaires :

- **l'évaluation de l'impact de la Loi sur les arrangements préalables de services funéraires et de sépulture;**
- **les fraudes commises par des tiers;**
- **les baux qui régissent les ententes avec les complexes d'habitation réservés aux personnes âgées.**

L'EXERCICE DES DROITS ET LE RÈGLEMENT DES CONFLITS

Les droits

La vaste majorité des droits dont sont titulaires les personnes âgées ne leur sont en rien spécifiques. En effet, parce qu'une personne âgée est citoyenne à part entière, elle bénéficie des mêmes droits que tous.

Cependant, des caractéristiques parfois associées au vieillissement font en sorte que certains droits des personnes âgées sont plus fréquemment remis en cause, par exemple lorsque l'incompétence ou l'incapacité sont invoquées pour faire placer une personne sous curatelle.

Par ailleurs, si certains droits ont une portée très générale, tels que les droits inscrits dans les chartes: droit à la vie, à la sécurité, à l'intégrité physique, etc., d'autres, par contre, ont une portée spécifique, limitée à certains secteurs. Le droit aux services de santé et aux services sociaux en est un exemple.

L'exercice des droits

L'exercice de leurs droits peut, pour certaines personnes, s'avérer une entreprise particulièrement ardue, voire impossible. Des personnes âgées rendues vulnérables à la suite d'une diminution de leurs capacités (particulièrement dans le cas des pertes de capacités psychiques) pourront avoir besoin d'aide ou d'accompagnement pour faire valoir leurs droits. Dans de telles circonstances, le recours au service régional d'aide et d'accompagnement* pourra permettre à une personne âgée d'obtenir une assistance quant à l'accès et au choix des mécanismes de recours existants.

Tout comme dans le cas du service régional pour contrer les abus, des liens permettant une complémentarité de services devront être établis entre le service d'aide et d'accompagnement, le service régional pour contrer les abus mais également avec les services de l'aide juridique.

Le service d'aide et d'accompagnement permet à la personne d'exposer correctement son problème et trouve, avec elle, la manière de le résoudre; il facilite ainsi l'utilisation des mécanismes existants. Ce n'est cependant pas un mécanisme de recours ou de médiation.

* Ce système a été proposé par la politique de santé mentale et sera mis en place au cours de l'année 1989.

Les recours et les moyens

Le Comité ayant adopté comme principe premier la reconnaissance du fait que les personnes âgées sont des citoyens à part entière et à ce titre, titulaires des mêmes droits que tous, il ne lui semble pas approprié de recommander des mesures qui distingueraient les personnes âgées et contribueraient, éventuellement, à leur marginalisation.

Par ailleurs, le Comité privilégie le choix de moyens souples, dont l'application graduelle et en rapport avec la nature du problème rencontré empêche d'alourdir inutilement un processus et par le fait même, d'en diminuer l'efficacité. De même, il ne paraît pas souhaitable d'interférer dans un processus alors qu'il serait encore possible de mobiliser, par d'autres mesures, la personne, la famille et le milieu.

C'est pourquoi le Comité recommande plutôt l'utilisation des mécanismes et recours déjà existants et mis en place pour assurer le respect des droits de tous et chacun. Si une évaluation de l'efficacité de tels mécanismes doit être faite, elle devra l'être en fonction des besoins de tous les citoyens, y compris de ceux des personnes âgées, mais non à partir des besoins de ce seul groupe d'âge.

Par contre, le travail du Comité lui a permis de constater que pour les personnes âgées, l'accès à ces mécanismes était compromis et ceci pour deux raisons :

- les personnes âgées sont souvent très peu au courant de l'existence de ces moyens et même lorsqu'elles le sont, elles peuvent être rebutées ou craintives devant l'idée de les utiliser. Même l'utilisation d'un mécanisme aussi connu et accessible que les services policiers se heurte à cette barrière;

- certaines personnes âgées, plus vulnérables, n'ont pas les capacités nécessaires pour exercer leurs droits ou pour être en mesure de les faire respecter.

C'est pour répondre à ces deux catégories de besoins que le Comité a cru bon de recommander d'une part, la mise sur pied du service régional contre les abus qui comblera les besoins d'information et facilitera l'accès à un certain nombre de services et d'autre part, la possibilité pour les personnes âgées vulnérables d'utiliser le service d'aide et d'accompagnement dont disposeront bientôt toutes les régions.

De plus, dans le cas où les personnes âgées rencontreraient des problèmes dans l'utilisation des services de santé et des services sociaux, il faut rappeler l'existence des moyens de contrôle de la qualité des services déjà actifs dans le réseau ou qui devront être renforcés.

Cependant, ces mécanismes étant internes à ce réseau, et bien que reconnaissant la pertinence du fait qu'ils le soient, le Comité recommande qu'un mécanisme de recours puisse être utilisé lorsqu'il s'avère que les mécanismes du réseau ne règlent pas le problème.

C'est pourquoi le Comité recommande:

que soit élargi le mandat du Protecteur du citoyen de manière à ce qu'il puisse englober les services socio-sanitaires offerts aux personnes âgées.

Le mandat du Protecteur du citoyen couvre déjà plusieurs services qui oeuvrent auprès de personnes âgées, la Curatelle publique, par exemple.

LE RÉSEAU CLANDESTIN D'HÉBERGEMENT: LES ACTIONS MULTISECTORIELLES

Les actions multisectorielles sont essentielles pour que les interventions visant à contrer ou à prévenir les situations d'abus puissent rejoindre l'ensemble des secteurs concernés pour utiliser au mieux, de manière complémentaire, toutes les ressources disponibles.

Dans le cas des ressources d'hébergement dites clandestines, le Comité considère que deux importantes mesures sont de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. La première consiste à assurer un suivi auprès des personnes âgées vulnérables, par le biais du plan de services individualisé, et ainsi à s'assurer que la personne reçoit bien les services requis par son état de santé et ceci, quel que soit son milieu de vie. La deuxième mesure essentielle est l'instauration d'un mécanisme efficace de contrôle qui vise tous les détenteurs de permis.

Un tel mécanisme, qui permettrait au Ministère de surveiller les activités sanitaires et de repérer les activités illégales, est le pas à

franchir pour s'assurer qu'une personne âgée reçoit des services conformes aux normes.

Cependant, plusieurs autres démarches sont nécessaires et doivent être effectuées en complémentarité avec les actions du MSSS si l'on veut assurer une qualité de vie et de soins aux personnes âgées. Ainsi :

- **des collaborations avec les municipalités doivent s'établir et permettre que soit obligatoire l'obtention annuelle d'un permis municipal pour ouvrir et maintenir en opération une maison de chambres. Cette formule permettrait l'intervention des services municipaux et ferait en sorte qu'une intervention serait facilitée;**

- **une attention particulière devrait être portée par la Régie du logement au respect des normes régissant les baux de chambres et à la diffusion d'informations spécifiques sur les droits des locataires de chambres.**

Finalement, il faut noter l'importance de l'information à donner aux personnes âgées, non seulement sur les diverses ressources d'hébergement, mais sur l'ensemble des services et des recours qui leur sont disponibles.

C·H·A·P·I·T·R·E S·I·X·I·È·M·E

LES MESURES VISANT UNE REVALORISATION DU TROISIÈME ÂGE

Les personnes âgées sont loin d'être toutes vulnérables et la majeure partie d'entre elles sont très en mesure de faire valoir leurs droits. Cependant, les membres du troisième âge sont, dans l'ensemble, victimes de préjugés fondés sur l'âge qu'il importe d'enrayer. Ce groupe d'âge se trouve de plus en plus placé en marge de la société alors qu'il devrait représenter un acquis important et continuer à participer, en fonction de ses particularités, à l'ensemble des activités sociales.

Les recommandations du Comité, en ce qui concerne la promotion et la revalorisation du troisième âge, comportent deux volets. Le premier touche les programmes d'information et de sensibilisation, alors que le second implique une réponse concrète à la nécessité d'introduire, et de faire évoluer, une perspective sociale sur le vieillissement qui ne soit pas qu'un discours sur les personnes âgées mais qui les implique directement: un Conseil des Aînés.

En effet, la problématique de l'abus mène à devoir s'interroger sur la place que notre société réserve aux personnes âgées. Pour faire en sorte que les principales intéressées participent à ce débat, qui ne pourra manquer d'avoir lieu compte tenu du vieillissement de la population, il faut que les personnes âgées disposent d'une plate-forme et puissent faire part de leur point de vue et influencer les décisions qui les concernent.

UN PROGRAMME D'INFORMATION

Le Comité considère l'âgisme et le manque de relations intergénérationnelles comme des causes majeures de l'incompréhension du vieillissement et de la marginalisation des personnes âgées. Ces facteurs ne génèrent pas directement des situations d'abus mais favorisent les attitudes qui développeront et maintiendront ces situations.

Le Comité recommande :

que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure de la tenue d'un programme d'information amorcé par une campagne de sensibilisation. Un tel programme aurait pour objectifs:

- **la transformation des mentalités et des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes âgées;**

- **l'amélioration des relations intergénérationnelles, ce qui impliquerait de rejoindre les milieux scolaires dans le cadre de ce programme.**

LA CRÉATION D'UN CONSEIL DES AÎNÉS

Parmi l'ensemble des moyens à mettre en oeuvre afin d'assurer la promotion et la défense des droits et des intérêts des personnes âgées et de permettre, en même temps, à l'action gouvernementale de s'accomplir dans une perspective globale vis-à-vis du phénomène du vieillissement, la création d'un Conseil des Aînés est retenue par le Comité comme mesure privilégiée.

Dans l'état actuel des choses, plusieurs ministères ou organismes ont la responsabilité de mettre en oeuvre des politiques ou programmes qui, à divers titres, touchent la vie des aînés. Par exemple:

- le ministère de la Santé et des Services sociaux (santé, hébergement, maintien dans le milieu de vie choisi par les personnes âgées);
- le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche (subventions de fonctionnement à des organismes à but non lucratif);
- le ministère des Affaires municipales (habitation);
- le ministère de l'Éducation (programmes de formation pour adultes âgés);
- le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (programmes de préparation à la retraite, normes de sécurité dans les établissements);
- le ministère de la Justice (politique d'indemnisation aux victimes d'actes criminels, centres d'aide aux victimes d'actes criminels);
- le ministère des Finances (politique budgétaire gouvernementale);
- le ministère du Revenu (fiscalité);
- le ministère des Communications (programmes d'information);

- la Régie des rentes du Québec (ressources financières des personnes âgées);

- le Conseil du statut de la femme.

Force est de constater qu'il y a, au niveau gouvernemental, une dispersion des responsabilités et un manque flagrant de coordination dans la formulation et la mise en pratique des différents programmes et politiques concernant les personnes âgées.

Le Conseil des Aînés, organisme autonome, recevrait les avis des associations représentant les personnes âgées retraitées ou pré-retraitées et d'autres groupes d'intervenants prioritairement préoccupés par les problèmes vécus par les aînés. Le Conseil serait, en même temps, de façon permanente et systématique, un interlocuteur privilégié des instances gouvernementales pour toutes les questions concernant les aînés.

Ce Conseil des Aînés serait mandaté pour donner au gouvernement des avis sur ses projets ou ses intentions législatives ou réglementaires susceptibles de conditionner de quelque façon que ce soit la vie des aînés. Il aurait aussi l'obligation de faire connaître aux instances gouvernementales la réaction des clientèles âgées vis-à-vis de leurs politiques ou programmes, après consultation auprès des organismes. L'implication de ce conseil pourrait s'avérer un apport majeur lors de la formulation d'une politique gouvernementale à l'égard des aînés.

Mandat

Dans l'immédiat, la problématique de l'abus exercé à l'endroit des personnes âgées devrait s'inscrire dans les préoccupations prioritaires du Conseil des Aînés. Mais ses démarches devront, dans une perspective à long terme, aller au-delà de la question, très grave, de la violence dont sont victimes les personnes âgées, afin de se pencher sur l'ensemble des problèmes reliés à la vie des aînés.

Entièrement voué à la promotion des intérêts des personnes âgées, **le Conseil aura comme objectif général de favoriser la formulation et le développement de politiques véritablement accordées aux besoins et aux aspirations des aînés**. De façon plus précise, le Conseil aura le mandat de :

1- recommander au gouvernement et, partant, aux ministères concernés, un cadre de référence général et un ordre de priorités quant aux mesures à prendre pour répondre aux besoins des aînés;

2• donner des avis sur les programmes existants ou projetés;

3• proposer des moyens de soutenir et de développer les ressources du milieu et des activités ou programmes propres à valoriser la personne âgée dans la société;

4• favoriser la mise en place de mécanismes ou de mesures efficaces de prévention de situations d'abus et de violence de toutes sortes dont les personnes âgées peuvent être victimes;

5• par des programmes d'information et d'autres démarches appropriées:

a) sensibiliser les retraités et préretraités à l'existence des différents services qui leur sont offerts;

b) amener les personnes âgées à se prendre en main et à s'orienter vers les instances ou ressources aptes à répondre adéquatement à leurs besoins;

c) faire en sorte que l'opinion publique soit sensibilisée au phénomène du vieillissement;

6• encourager et susciter la mise en place et le développement de modes ou de mécanismes de concertation et de relations intergénérationnelles;

7• faire une évaluation constante des politiques gouvernementales;

8• encourager la recherche reliée au vieillissement.

Le Ministre responsable pourra inviter le Conseil à se pencher sur des dossiers ou problèmes particuliers.

Composition

Le Conseil des Aînés, qui ne se substituera pas aux ministères concernés ni aux organismes déjà habilités à promouvoir et à défendre les droits des aînés, sera majoritairement constitué de personnes âgées. La nomination des membres se fera en collaboration avec les regroupements provinciaux de personnes âgées.

Afin d'exercer efficacement ses fonctions, le Conseil devra avoir à son service un secrétariat permanent.

Au terme de sa démarche, le Comité reste convaincu de la pertinence d'une évaluation de la situation des abus exercés à l'endroit de personnes âgées. Cependant, si les travaux du Comité ont pu contribuer à amorcer une sensibilisation et même à offrir quelques solutions aux problèmes, la réflexion devra se poursuivre et prendre une nouvelle dimension.

En effet, les membres du Comité ont été à même de constater que l'ampleur du problème ne réside pas tant dans sa fréquence – qui ne sera pas vraiment connue tant que des méthodes et des moyens de dépistage n'auront pas été utilisés de façon systématique – que dans la multiplicité de ses causes et de ses manifestations.

De plus, quel que soit le type d'abus dont est victime une personne, il reste fondamental d'adapter l'intervention en fonction de l'ensemble de ses besoins. Cette préoccupation doit être maintenue et prépondérante quelles que soient les mesures requises pour contrer la situation d'abus.

Par ailleurs, la problématique des abus exercés à l'endroit des personnes âgées devrait mener vers un questionnement social sur le vieillissement. Il s'agit là, bien sûr, d'attaquer le problème à sa racine, mais aussi de susciter une réflexion sur la place des personnes âgées dans notre société. Outre les situations d'abus, plusieurs facteurs devraient attirer l'attention au cours des années à venir, par exemple la marginalisation des personnes âgées, ainsi que les modes de vie de plus en plus cloisonnés entre les différents groupes d'âge et dont les complexes d'habitation pour personnes âgées sont l'une des manifestations les plus concrètes.

Il paraît important aux membres du Comité que ce soient les personnes âgées elles-mêmes qui prennent le leadership de cette réflexion et s'assurent d'une place sociale conforme à leur importance. Le Conseil des Aînés pourrait servir de catalyseur à une telle démarche et assurer un rôle de vigilance quant à sa poursuite. Ainsi, peut-être parviendrons-nous à une société où vieillir redeviendra une étape normale de la vie.

R · É · F · É · R · E · N · C · E · S

1· MICHOT, Y.A., *La violence*. Paris, P.U.F. 1973.

2· CLARKSON, M., *Problématique de l'abus exercé à l'endroit des personnes âgées*. Document de travail, 1988.

3· *Mémoire* présenté par l'Association des centres d'accueil du Québec.

4· MATHEWS, G., *Le vieillissement de la population: faut-il s'en inquiéter avant l'an 2000?* Allocution d'ouverture, Congrès de l'Association des centres d'accueil du Québec, 1er juin 1988.

5· LAPIERRE, L., OWEN, B.A., *Les personnes âgées et la santé, ça va?* Québec, Les Publications du Québec, 1989.

6· IBID.

7· COUSINEAU, M.M., *Le crime, la justice et les personnes âgées*. Les cahiers de recherches criminologiques. Centre international de criminologie comparée, 1988.

8· LAPIERRE, L., OWEN, B.A., *Les personnes âgées et la santé, ça va?* Québec, Les Publications du Québec, 1989.

9· Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Dossier *personnes âgées*. Gouvernement du Québec.

10· Conseil des affaires sociales, *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique*, Québec, Gaétan Morin, 1989.

11· Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec. Commission permanente des affaires sociales. *Journal des débats*, le mercredi 6 janvier 1988.

12· *Les seuils de pauvreté de 1987*, préparé par le Conseil national du Bien-Être social, mars 1987.

13· Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: Orientations*, avril 1989.

14· Le Soleil, *Peu de Canadiens ont eu connaissance de traitements abusifs envers les gens âgés*, jeudi 29 décembre 1988.

15· IBID.

16· *Mémoire* présenté par la Fédération des CLSC.

17· *Mémoire* présenté par le CLSC du Plateau Mont-Royal.

18· *Mémoire* présenté par le Centre Mechtilde, Hull.

19· *Mémoire*. Moamai, N. «Le Syndrome du vieillard battu», préparé pour le Comité par l'Association des psychiatres du Québec.

20· *Mémoire*. Vaillancourt, M. (Intervenante sociale, ministère de la Justice, CLSC Saguenay-Nord).

21· *Mémoire* présenté par l'Association québécoise des psychiatres.

22· GRANDMAISON, A., *Protection des personnes âgées*. Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées du CSSMM, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1988.

23· Le Soleil, *annonces classées*, mars 1989.

24· IBID.

25· Loi sur les services de santé et les services sociaux, a. 136.

26· Sûreté du Québec, *Guide d'accompagnement pour un film sur la violence faite aux personnes âgées*, 1988.

27· *Mémoire* présenté par l'Union des employés(ées) de service (local 298) de la FTQ.

28· IBID.

29· *Mémoire* présenté par l'Association des centres d'accueil du Québec.

30· Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: Orientations*, avril 1989.

31· IBID.

32· IBID.

33· Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Québec, 1987.

34· Ministère de la Justice, Ministère du Solliciteur général, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, Québec, 1986.

A · N · N · E · X · E · I

■ Évolution du nombre et du pourcentage des personnes âgées au Québec

	65 ans et plus	
Année	**Nombre**	**%**
1901	78 419	4,8
1921	108 787	4,6
1941	175 955	5,3
1961	306 301	5,8
1981	569 380	8,8
	(estimations)	
1986	654 000	9,9
2001	915 000	12,9
2021	1 367 000	19,2
2041	1 517 000	23,0

Source: Bureau de la Statistique du Québec, *Les personnes âgées au Québec*, Statistiques démographiques, 1986

■ Évolution de l'espérance de vie à la naissance au Québec, selon le sexe

Année	Hommes	Femmes
1941	60,2	63,1
1951	64,4	68,6
1961	67,3	72,8
1971	68,3	75,2
1981	71,0	78,7
1986	72,1	79,5

Source: Bureau de la Statistique du Québec

■ Problèmes de santé chroniques chez les personnes âgées*

Problème	% de personnes atteintes
Arthrite, rhumatisme	42,0
Hypertension	29,0
Problèmes cardiaques	20,0

Superposition de problèmes chroniques**

Nombre de problèmes chroniques	% de personnes âgées
Aucun	28,0
Un	22,0
Deux	23,0
Trois ou plus	27,0

* Source: Enquête Santé Canada (1978)

** Source: O'Laughlin, J., *Socio-Demographic and health profile of elderly persons in the territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health*, 1983.

■ Quelques données sur l'état de santé des personnes âgées

	Ensemble du Québec %	65 ans et plus %
Perception de l'état de santé		
Excellente, bonne ou très bonne	86,6	73,2
Passable ou mauvaise	13,4	26,8
Limitations d'activités		
% qui se disent limités dans leurs activités	14,0	26,0
Champ où la limitation se fait ressentir:		
maison	7,0	25,0
travail, école	3,0	3,0
loisirs, déplacements	9,0	17,0
Consommation de médicaments ou de drogues		
Somnifères	11,0	25,0
Tranquillisants	9,0	19,0

Source: Clarkson, M., *Enquête canadienne sur la promotion de la santé: description des données québécoises*, 1987.

■ Espérance de vie en bonne santé au Québec (données de 1980)

À la naissance	**Hommes (ans)**	**Femmes (ans)**
Espérance de vie totale	70,3	78,2
Institutionnalisation (long terme)	0,8	1,8
Restriction permanente des activités	7,7	11,7
Restriction temporaire des activités	2,8	4,5
Total des années vécues avec restriction d'activités	11,3	18,0
Espérance de vie en bonne santé	59,0	60,2
À 65 ans	**Hommes (ans)**	**Femmes (ans)**
Espérance de vie totale	13,9	18,5
Institutionnalisation (long terme)	0,9	1,9
Restriction permanente des activités	4,0	6,3
Restriction temporaire des activités	1,1	1,8
Total des années vécues avec restriction d'activités	6,0	10,0
Espérance de vie en bonne santé	7,9	8,5

Source: Conseil des affaires sociales et de la famille (d'après les données du Registre de la population, de Statistique Canada et de l'enquête Santé Canada).

A · N · N · E · X · E · II

SYNTHÈSE · DU · RAPPORT · DE · L'ENQUÊTE · MENÉE · AUPRÈS · DES ÉTABLISSEMENTS·SUR·LES·MÉCANISMES·EXISTANTS·QUI·PEUVENT·SERVIR·À PRÉVENIR · OU · À · CONTRER · LES · ABUS · ENVERS · LES · PERSONNES · ÂGÉES

Afin d'identifier et d'évaluer les mécanismes qui peuvent servir à prévenir ou à contrer les abus envers les personnes âgées, le Comité a réalisé une enquête auprès des établissements de santé et de services sociaux qui offrent à cette clientèle des services d'hébergement ou de maintien à domicile.

Ces établissements regroupent les centres hospitaliers de soins de longue durée *(CHSLD)* publics et privés; les centres d'accueil d'hébergement *(CAH)* publics et privés, cette dernière catégorie incluant les centres conventionnés et à taux fixe de même que les centres autofinancés; les centres locaux de services communautaires *(CLSC)*; et enfin, les centres de services sociaux *(CSS)*. Le taux de réponse au questionnaire expédié par la poste est de 62%, ce qui est très satisfaisant.

Cette enquête, menée à la fin de l'année 1987, nous aura non seulement permis de connaître les moyens disponibles et les mécanismes mis sur pied par les établissements pour faire face à ce phénomène, mais aussi de recueillir leurs réflexions et leurs suggestions; elle leur aura également permis d'exprimer leurs craintes et de faire valoir leur avis concernant le rôle qu'ils ont à jouer dans ce dossier.

Au moment de l'enquête, très peu de sensibilisation avait été faite sur le phénomène des abus envers les personnes âgées; les résultats recueillis témoignent d'ailleurs de cette situation. Toutefois, beaucoup d'établissements ont manifesté de l'intérêt pour cette problématique encore méconnue, comme en fait foi le taux de participation à l'enquête.

L'enquête a aussi mené à la compilation de nombreuses données statistiques traitées en fonction des catégories d'établissements et des sujets abordés dans le questionnaire. Ce texte présente donc une synthèse des résultats obtenus.

■ La circulation de l'information

Entre 14 % et 47 % des établissements donnent de l'information aux personnes âgées sur des sujets qui se rapportent au phénomène des abus. Les principaux sujets abordés sont les droits et recours légaux, les diverses formes d'abus possibles, ainsi que les ressources disponibles pour prévenir ou contrer les abus.

Les établissements qui ne possèdent pas de programme structuré d'information pour les personnes âgées sur ce phénomène imputent cet état de choses au nombre insuffisant de demandes à ce sujet, et au fait que ce besoin est jugé non prioritaire. Mentionnons aussi que la principale raison donnée par les CHSLD pour expliquer l'absence d'un tel programme a trait à la confusion de la clientèle, alors que les CLSC et les CSS ont invoqué, pour leur part, la sensibilisation récente sur ce phénomène.

Il s'avère par ailleurs que de 7 % à 33 % des établissements donnent de l'information à ce sujet aux familles des personnes âgées. Les deux principales raisons invoquées par les établissements qui n'offrent pas ce service, sont l'insuffisance de demandes et le besoin jugé non prioritaire.

L'enquête indique enfin que seulement 5,9 % des CLSC donnent de l'information à la population sur le phénomène des personnes âgées victimes d'abus, en raison de la faible demande à ce sujet. Les CSS considérant que cela ne fait pas partie de leur mandat, aucun d'eux ne fournit d'information à la population.

Malgré le fait que peu d'établissements donnent de l'information aux personnes âgées, aux familles ou à la population, tous semblent d'accord sur l'intérêt et la nécessité de mettre sur pied des campagnes d'information et de sensibilisation nationales sur le sujet.

■ La formation du personnel

De 26 % à 38 % des établissements d'hébergement et 60 % des CLSC et des CSS organisent pour leur personnel des cours qui se rapportent indirectement au phénomène des abus envers les personnes âgées. Cependant, très peu d'établissements organisent des cours spécifiques au phénomène des abus. D'après certains commentaires émis par quelques responsables, il semble que l'insuffisance des ressources financières soit ici en cause. On préfère donc privilégier des problématiques plus urgentes ou plus courantes.

Toutefois, la grande majorité des répondants sont d'accord pour dire que de tels cours, de même qu'un programme de sensibilisation du

personnel sur le phénomène des abus envers les personnes âgées, seraient grandement utiles. Ces mesures permettraient également de prévenir ou de dépister de telles situations. Certains établissements suggèrent d'ailleurs que des cours soient offerts par le MSSS ou que des budgets de formation soient alloués à cet effet.

■ Les mécanismes mis sur pied et leur efficacité

Entre 46 % et 60 % des établissements possèdent un ou plusieurs mécanismes pouvant servir à prévenir ou à contrer les abus exercés envers les personnes âgées. De façon générale, ces établissements estiment que les mécanismes dont ils disposent sont efficaces et même très efficaces.

Les principaux mécanismes mis sur pied s'appuient sur la rotation du personnel, le code d'éthique et les rencontres régulières avec les familles. Les CLSC et les CSS disposent également de services de répit et de dépannage et de services de gardiennage.

Très peu d'établissements ont établi des programmes de dépistage des situations abusives ou à risque (entre 13 % et 20 %), alors que seulement 7 % (et moins) possèdent des programmes spécifiques d'intervention pour les victimes d'abus.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation. Il faut d'abord souligner qu'au moment de l'enquête, le travail de sensibilisation sur la question des abus envers les personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement, s'amorçait à peine. À cette époque, le phénomène des abus constituait une problématique nouvelle qui n'avait pas encore reçu d'attention particulière de la part des établissements, des instances concernées et de la population en général.

En outre, plusieurs répondants, et en particulier les CHSLD et les CAH, ont mentionné qu'étant donné la rareté des cas d'abus rapportés dans leur établissement, quand le phénomène ne leur était pas simplement inconnu, ils ne voyaient pas la nécessité d'élaborer des mécanismes spécifiques d'intervention. D'autres établissements considèrent que le phénomène pourrait se produire, mais qu'il ne représente pas un problème dans la mesure où il est facile de le dépister et d'intervenir avec les moyens déjà existants.

Ce point de vue illustre surtout la réalité des petits établissements, qui craignent d'ailleurs de se voir obligés de mettre sur pied de tels mécanismes alors qu'ils n'en ressentent pas la nécessité. En d'autres termes, ils ne veulent pas «faire les frais» des établissements

qui manquent de vigilance ou qui ont à affronter un plus grand nombre de situations d'abus.

Par ailleurs, bon nombre d'établissements ont manifesté leur intérêt et fait part de leurs préoccupations pour cette problématique, mais les nombreuses contraintes auxquelles ils doivent faire face, ceci incluant les coupures budgétaires, les obligent à reporter les actions envisagées. Dans le même sens, certains répondants ont mentionné le fait que les ressources disponibles sont actuellement à peine suffisantes pour répondre aux besoins urgents et immédiats. Par conséquent, il serait utopique de penser à mettre sur pied des mécanismes ou des programmes spécifiques pour prévenir ou contrer les abus. Cette réalité oblige les établissements et leur personnel «à faire du cas par cas et à éteindre les feux, à défaut de pouvoir les prévenir», pour reprendre l'expression d'un répondant.

■ Les mécanismes jugés les plus appropriés

Les résultats de l'enquête indiquent que les établissements estiment certains mécanismes plus appropriés que d'autres pour prévenir ou contrer les abus exercés envers les personnes âgées. On note cependant que les différentes catégories d'établissements ne prévilégient pas nécessairement les mêmes mécanismes. Ce constat s'explique notamment par la nature et la vocation propres à chacune des catégories d'établissements, par le type de clientèle qu'elles desservent, mais aussi par la dimension de ces établissements et les ressources dont ils disposent.

Les mécanismes jugés appropriés dans de fortes proportions sont les suivants: le code d'éthique pour le personnel, la charte des droits et recours légaux pour les personnes âgées, les rencontres régulières avec les familles et les mécanismes de dépistage. Les CHSLD privés croient aussi en l'efficacité d'un ombudsman, tandis que les CLSC et les CSS considèrent les services de répit et de dépannage, comme très adéquats.

■ Le comité de bénéficiaires

Environ 50 % à 70 % des établissements d'hébergement considèrent que leur comité de bénéficiaires est actif et entre 42 % et 57 % jugent que ce comité pourrait être utile pour prévenir ou contrer les abus exercés envers les personnes âgées hébergées. Les données recueillies laissent penser que plus le comité de bénéficiaires est actif, plus il est estimé efficace à l'égard du phénomène étudié.

■ La collaboration avec d'autres organismes

Entre 23 % et 33 % des établissements d'hébergement publics et privés (CHSLD et CAH) ont établi une collaboration avec d'autres organismes pouvant contribuer à prévenir ou à contrer les abus envers les personnes âgées. Cette collaboration se fait principalement avec les organismes du réseau et du milieu communautaire, mais aussi avec des personnes bénévoles. À cet effet, 45 % à 57 % des CLSC et des CSS ont établi une collaboration avec les organismes communautaires bénévoles. Cependant, les CSS collaborent dans une proportion plus élevée, soit 85%, avec les établissements du réseau. Cette forte proportion s'explique par le rôle et la place des CSS au sein du réseau d'établissements de santé et de services sociaux.

■ Les services spécifiques d'assistance

En général, moins de 10 % des établissements possèdent des services spécifiques d'assistance aux victimes d'abus, bien que 20 % des CLSC offrent de tels services. Il faut toutefois souligner que les services énumérés par les CLSC ne sont pas tous spécifiquement conçus pour assister les victimes d'abus, même s'ils peuvent être utiles dans ces cas.

■ Les autres mécanismes mis sur pied ou prévus

De 25 % à 64 % des établissements ont mis sur pied (ou prévoient le faire) d'autres mécanismes pouvant servir à prévenir ou à contrer les abus exercés envers les personnes âgées, qu'elles vivent à domicile ou en établissement.

La grande majorité de ces mécanismes visent la promotion et la valorisation de la personne âgée, l'amélioration des conditions de vie et des soins en institution, et la prévention des abus. Les principaux mécanismes de prévention énumérés par les établissements ont surtout trait à la sensibilisation, de même qu'à la formation ou à l'information des personnes concernées par ce phénomène.

Certains établissements ont en outre mentionné qu'il est difficile de trouver des mécanismes de dépistage et d'intervention pour les situations d'abus, particulièrement lorsque ceux-ci s'adressent à une clientèle très confuse. Plusieurs établissements ont d'ailleurs formulé le désir de recevoir de l'information ou d'échanger des réflexions avec d'autres établissements sur le phénomène. Ils aimeraient aussi partager l'expertise de ceux qui ont mis sur pied des

programmes spécifiques de prévention et d'intervention à ce sujet. D'autres ont enfin offert leur collaboration aux activités menées ou envisagées par le Comité, ou par d'autres organismes désireux de travailler sur cette problématique.

Par ailleurs, certains établissements ont émis des suggestions globales pour prévenir ou contrer les abus envers les personnes âgées. Les principales sont énumérées ici :

- l'élaboration d'une loi ou d'une direction de la protection des personnes âgées incluant des mesures légales d'intervention;
- l'obligation pour les établissements d'élaborer, de façon uniforme, un code d'éthique pour le personnel et une charte des droits et libertés des personnes âgées;
- la création d'une banque régionale de ressources partagées;
- l'organisation de campagnes nationales d'information et de prévention destinées au grand public;
- l'allocation par le MSSS d'un budget de formation des personnes travaillant sur la question des abus envers les personnes âgées;
- l'appui plus soutenu du MSSS au Comité provincial des malades;
- l'adoption de mesures favorisant l'autonomie des personnes âgées et permettant de normaliser la vie quotidienne en institution;
- la sensibilisation des syndicats au phénomène des abus afin d'obtenir leur collaboration;
- un contrôle accru des foyers d'hébergement illicites.

Il est important de préciser ici que l'élaboration d'une loi sur la protection des personnes âgées (du type de celle qui prévaut actuellement pour les jeunes) n'est pas une suggestion qui fait l'unanimité. Certains répondants considèrent cette mesure «trop coercitive et non adaptée» à la réalité des personnes âgées.

En résumé

L'enquête a montré qu'environ la moitié des établissements de santé et de services sociaux qui offrent des services d'hébergement ou de maintien à domicile aux personnes âgées possèdent un ou plusieurs mécanismes pouvant servir à prévenir ou à contrer les abus envers cette clientèle. D'autres établissements envisagent aussi de mettre sur pied de tels mécanismes.

Les établissements utilisent surtout des mécanismes «globaux» s'articulant autour de la rotation du personnel, du code d'éthique et de la charte des droits et recours légaux des personnes âgées. Très peu d'établissements ont mis sur pied ou prévoient mettre en oeuvre des mécanismes spécifiques de dépistage et d'intervention pour les situations d'abus ou à risque.

En terminant, il nous semble pertinent de souligner qu'au dire d'un bon nombre d'établissements, le fait de répondre au questionnaire a constitué une forme de sensibilisation au problème visé. Cela a également suscité chez les répondants des réflexions sur la nécessité d'envisager des moyens d'action pour prévenir ou contrer ce phénomène.

LISTE · DES · ORGANISMES · ET · DES · ÉTABLISSEMENTS · AYANT · PRÉSENTÉ UN · MÉMOIRE · AU · COMITÉ · SUR · LES · ABUS · EXERCÉS · À · L'ENDROIT · DES PERSONNES · ÂGÉES

Centre de prévention du suicide de Québec Inc.

Centre Mechtilde (Hull)

Commission des droits de la personne du Québec

Conseil des aînés de Notre-Dame-de-Grâce (Montréal)

Conseil provincial des affaires sociales du Syndicat canadien de la fonction publique

Conseil régional des personnes âgées italo-canadiennes (Montréal)

Corporation des Journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin (Québec)

Corporation professionnelle des médecins du Québec

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec

Fédération des CLSC du Québec

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Le Curateur public du Québec

Le Forum des Citoyens âgés de Montréal

Le Protecteur du citoyen

Mouvement «Mourir dans la dignité»

Service Prévention suicide de Trois-Rivières

Association canadienne pour la santé mentale

Association des centres d'accueil du Québec

Association des centres de services sociaux du Québec

Association des hôpitaux du Québec

Association des psychiatres du Québec

Association internationale francophone des aînés (AIFA)

Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec

Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie

Association québécoise Plaidoyer Victimes

Comité provincial des malades

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Union des employés(ées) de service (local 298) de la FTQ

CLSC Chaleurs (Paspébiac)

Centre de services sociaux de Québec

Centre hospitalier de l'Université Laval, Direction des soins infirmiers

Hôpital St-François-D'Assise (Québec)

Pavillon de Luceville

Pavillon St-Charles-de-Limoilou (Québec)

Centre d'accueil Nor-Val (Victoriaville)

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières

CLSC La Chaumière (Asbestos)

Anciens Combattants du Canada (Hôpital Ste-Anne de Sainte-Anne-de-Bellevue)

Centre d'accueil St-François B.B.G. Inc. (Laval)

CLSC Centre-Sud (Montréal)

CLSC Centre-Ville (Montréal)

CLSC du Plateau Mont-Royal (Montréal)

CLSC Métro (Montréal)

CLSC Verdun

Comité de bénéficiaires, Hôpital Louis-H.-Lafontaine (Montréal)

Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain

Centre de services sociaux Juifs à la famille (Montréal)

Entraide ukrainienne de Montréal Inc.

Hôpital Saint-Luc (Montréal)

Résidence Yvon Brunet (Montréal)

CLSC Sainte-Thérèse (Sainte-Thérèse)

Centre de services sociaux Laurentides-Lanaudière

Centre hospitalier régional de Lanaudière (Micheline Lynch, ombudsman)

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Les centres d'accueil Lanaudière

CLSC Kateri (Candiac)

CLSC Longueuil-Est

CLSC Longueuil-Ouest

Centre d'accueil Monseigneur Coderre (Longueuil)

Centre hospitalier de Granby (Centre d'accueil Marie-Berthe Couture)

Centre hospitalier de Waterloo

Maison Vivre (Saint-Hubert)

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de l'Outaouais

Centre hospitalier de Buckingham

Centre de santé de la Haute-Côte-Nord

Hôpital des Sept-Îles

Des Vieillards Découragés (Montréal)

Marthe Vaillancourt, CLSC Saguenay-Nord (Chicoutimi)

ANETZBERGER, Georgia J., 1986, *The Etiology of Elder Abuse by Adult Off-spring: an Exploratory Study*. Thèse de doctorat. Cleveland, Ohio: Case Western Reserve University. 352 p.

BÉLANGER, Lise et al., 1981, *Violence et personnes âgées*, Les Cahiers de l'Association québécoise de gérontologie. 99 p.

BLOCK, Marilyn R., 1983, *Special Problems and Vulnerability of Elderly Women*, Abuse and Maltreatment of Elderly, Jordan I., Kosberg (Ed.) Littleton, Massachusetts: John Wright, PSG Inc., pp. 220-233.

BLOCK, Marilyn R.; SINNOTT, J.D., 1979, *The Battered Elder Syndrome: an Exploratory Study*. University of Maryland: Center on Aging, College Park.

BRILLON, Yves, 1986, *Les personnes âgées de Montréal face au crime*. Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée.

CHEN, P.N., et al., 1983, *Elderly Abuse in Domestic Setting* - A pilot Study, Journal of Gerontological Social Work, (July), 32(3):3-17.

CLARKSON, May, 1988, *Problématique de l'abus exercé à l'endroit des personnes âgées*. Document de travail préparé pour le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. 1987, Dossier *personnes âgées*, Gouvernement du Québec, 193 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES, 1989, *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique*, Québec, Gaétan Morin, 124 p.

COUSINEAU, Marie-Marthe, 1987, *Le crime, la justice et les personnes âgées*. Les cahiers de recherche criminologique, Centre international de criminologie comparée.

DUSSAULT, Hélène, 1986, *De l'exploitation faite aux personnes âgées*, CSSMM: 14p.

GRANDMAISON, A., 1988, *Protection des personnes âgées*. Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées du CSSMM, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

HICKEY, Tom; DOUGLASS, Richard L., 1981, *Mistreatment of the Elderly in the Domestic Setting: An Exploratory Study. American Journal of Public Health*, (may), 71(5):500-507.

LAMARCHE, Marie-Christine; BRILLON, Yves, 1983, *Personnes âgées de Montréal face au phénomène criminel: une analyse qualitative des attitudes et des représentations sociales*, Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, Groupe de recherche sur les attitudes envers la criminalité, 124 p.

LAPIERRE, L.; OWEN, B.A., 1989, *Les personnes âgées et la santé, ça va?*, Québec, Les Publications du Québec, 82 p.

LAU, Elisabeth; KOSBERG, Jordan I., 1979, *Abuse of Elderly by Informal Care Providers.* Aging, nos 299-300:10-15.

LECOURS, Wilfrid; ROY, Jean, 1982, *Violence et marginalisation des personnes âgées dans la société d'aujourd'hui.* Santé mentale au Canada. 30(3):29-32.

MICHOT, Y.A., 1973, *La violence.* Paris, P.U.F.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL, 1986, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: Orientations*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1987, *Une politique d'aide aux femmes violentées, Québec.*

O'ROURKE, M., 1981, *Elder Abuse: The state of Art*, Paper Prepared for the National Conference on the Abuse of Older Person. Boston, Massachusetts, March, 23-25.

PIERCE, Robert Lee; TROTTA, Rosilee, 1986, *Abused Parents: A Hidden Family Problem.* Journal of Family Violence, 1(1):99-110.

PILLEMER, Karl A., 1985, *Domestic Violence against the Elderly: A Case-Control Study*, 258 p.

RATHBONE-MCCUAN, Eloise, 1980, *Elderly Victims of Family Violence and Neglect*. Social Casework, 61(4):296-304.

RATHBONE-MCCUAN, Eloise; HASHIMI, Joan, 1982, *Elder Abuse and Isolation*. Isolated Elders, Health and Social Intervention. RATHBONE-MCCUAN, Eloise et HASHIMI, Joan (Eds.) Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation, pp. 177-209.

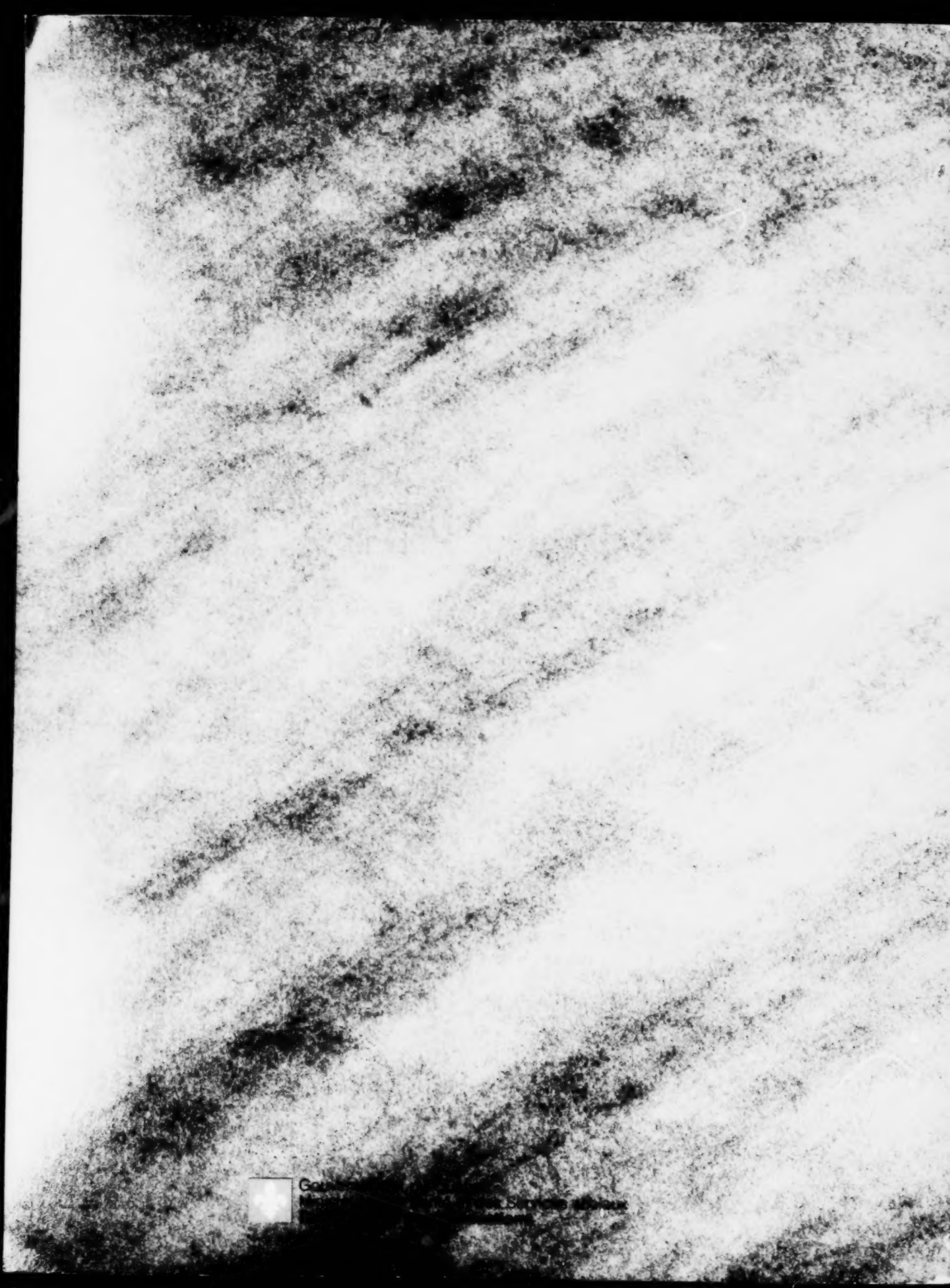
SELECT COMMITTEE ON AGING, 1980, *Domestic Violence Against the Elderly*. Subcommittee on Human Services. U.S. Congress, House on Representatives. April 21, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

SENGSTOCK, Mary C., 1986, *Elderly Victims of Family Abuse, Neglect and Maltreatment: can Legal Assistance Help?*. Journal of Gerontological Social Work, (Spring), 9(3): 43-61.

SHELL, Donna J., 1982, *Protection of the Elderly: A Study of Elder Abuse*, Winnipeg: Manitoba Association on Gerontology, Subcommittee on Protection of the Elderly, 61 p.

STEINMETZ, Suzanne K., 1981, *Elder Abuse*, Aging, nos 315-316:6-10.

TOMITA, Susan K.; QUINN, Mary Joy, 1986, *Elder Abuse and Neglect*, New-York: Springer publ. 332 p.

VALENTINE, Deborah; CASH, Tim., 1986, *A definitional Discussion of Elder Maltreatment*. Journal of Gerontological Social Work, (Spring), 9(3):17-29.

ZAY, Nicolas, 1984, *Analyse critique des politiques et des institutions québécoises concernant les personnes âgées*. Sociologie et Sociétés, (Octobre), 16(2):105-118.